

3. számú melléklet a 21/2013. (XII.19.) Önkormányzati rendelethez¹

Háziorvosi vagy gyógyszerértári igazolás a havi rendszeres gyógyszerköltségről

A gyógyszerértámozatást kérelmező személyes adatai

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési hely,év, hó, nap: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

Társadalombiztosítási Azonosító jele: _____

A szociális ellátások helyi szabályairól szóló 21/2013. (XII.19.) számú önkormányzati rendelet 11.§-ban foglalt rendelkezések alapján a fent nevezett személy részére a háziorvos által felírt, a társadalombiztosítás által befogadott gyógyszerek térítési díja alapján a havi rendszeres gyógyszerköltségét az alábbiak szerint igazolom:

Megnevezés	Forint
Havi rendszeres gyógyszerköltség	

Komádi,

P.H.

.....

Háziorvos vagy gyógyszerértár aláírása

¹ Megállapította a 4/2015. (II.27.) önkormányzati rendelet. Hatályos: 2015. március 1-től