

Hatósági igazolvány adattartalma a közgyógyellátás továbbfolyósítása ellátáshoz

HATÓSÁGI IGAZOLVÁNY
méltányossági közgyógyellátás továbbfolyósításához

Sorszám: /év

Név:

Lakcím:

TAJ:

A gyógyszertár, ahol az ellátást igénybe vehető:

Érvényességi ideje: év hó naptól év hó napig

Kelt:

PH

kiállító aláírása