

(Háziorvos tölti ki!)

**IGAZOLÁS BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES
GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**
(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye: Születési idő: év hó..... nap

Anyja neve:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Közfoglalkoztatásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ igen ☐ nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve

A Biztosított által fizetendő térítési díj

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Összesen: - Ft

Lőkösháza, év hó..... nap

.....

Háziorvos aláírása, pecsétje

P.H.