

GYÓGYSZERFOGYASZTÁST IGAZOLÓ LAP

*A Házi orvos neve, azonosítója, címe, telefonszáma:

*Gyógyszertár neve címe, azonosítója:

A beteg neve:

.....

Kora, TAJ száma:

.....

Lakcíme:

.....

Igazolom, hogy a fent nevezett beteg legalábbhónapon keresztül folyamatosan gyógyszert szed.

Ennek havi összege:

dátum:

.....

Orvos

P.H.

.....

Gyógyszertár

P.H.

*Elégséges egyik szerv igazolása.