

5. számú melléklet Kővágószőlős Község Képviselő- testületének
2/2015.(II. 25.) rendeletéhez

GYÓGYSZERFOGYASZTÁST IGAZOLÓ LAP

*A háziorvos 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.