

IGAZOLÁS

gyógyászati segédeszköz

megvásárlásához igényelt eseti települési gyógyszer támogatás megállapításához

A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Igazolom, hogy a kérelmező részére a gyógyászati segédeszköz¹ alkalmazása szükséges, mely életminőségét jelentős mértékben javítja.

A gyógyászati segédeszköz megnevezése:.....

térítési díja.....Ft, azaz.....Ft.

Dátum:

.....
a fenti gyógyászati segédeszköz felírására jogosult
orvos aláírása

¹ kötszer, tesztcsík, nadrágpelenka, betét stb. nem vehető figyelembe