

IGAZOLÁS

rendszeres 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 krónikus betegségének kezeléséhez elengedhetetlenül szükséges, az OEP által referenciakészítménynek minősített, 0 %-nál nagyobb mértékben támogatott gyógyszer(ei)nek a térítési díja.....Ft, azaz.....Ft.

Dátum:

.....
orvos aláírása