

### **3/B. Igazolás gyógyszertámogatás megállapításához**

Igazolást kérelmező:

neve: \_\_\_\_\_

születési neve: \_\_\_\_\_

születési helye, ideje: \_\_\_\_\_

anyja neve: \_\_\_\_\_

TAJ száma: \_\_\_\_\_

lakcíme: \_\_\_\_\_

Igazolom, hogy fent megnevezett személy az alábbi gyógyszereket havi rendszerességgel szedi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

**orvos aláírása, bélyegzője**

### **Gyógyszerész igazolása a havi gyógyszerköltségről**

Igazolom, hogy a fenti gyógyszerek havi költsége: ..... Ft.

Kelt: \_\_\_\_\_

**gyógyszerész aláírása, bélyegzője**