

**3. melléklet a 2/2015. (II. 24.) önkormányzati rendelethez**

**Igazolás**

**az eseti települési gyógyszer támogatás megállapításához**

(házi orvos tölti ki)

**Igazolom, hogy**

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely:.....  
Tartózkodási hely:.....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

kérelmező által gyógyszer támogatás megállapítása iránt benyújtott kérelme

megalapozott

nem megalapozott.

Kelt: Ötvöskónyi, .....

P.H.

.....  
házi orvos aláírása