

**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