

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