

Igazolás

az eseti és rendszeres települési gyógyszer támogatás megállapításához

(házi orvos tölti ki)

I. 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.

II. Rendszeres gyógyszer támogatás igénylése esetén igazolom a gyógyszerkiadások, vagy a betegséghez kapcsolódó egyéb kiadások 3 hónapot meghaladó szükségességét.

Kelt: Segesd,

P.H.

.....
házi orvos aláírása