IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT 6 HAVI IDŐTARTAMBAN SZEDETT RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:

……..

Születési neve:

……..

Születési helye: ……... Születési idő: ……év ……..hó ……..nap

Anyja neve:

……..

Társadalombiztosítási azonosító jele: ……..

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ igen ☐ nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve	*A Biztosított által fizetendő térítési díj*

Összesen: _____ -Ft

……., ……. év …….hónap ……..nap

……. **……**

Háziorvos aláírása, pecsétszáma **Gyógyszerész aláírása**