5. melléklet a 11/2015. (II. 26.) önkormányzati rendelethez

(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

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

Kérelmező neve	
Születési neve	
Születési helye, ideje	
Anyja neve	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel	
Lakóhely/tartózkodási hely	
Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e (A megfelelő válasz aláhúzandó)	igen
	nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei

Gyógyszer neve	Biztosított által fizetendő térítési díj
Összesen:	

Hévíz, 20….. év…….hó ……nap

P. H. .....

Háziorvos aláírása, pecsétszáma