4 melléklet

(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL

(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