3. melléklet

IGAZOLÁS HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL

(A kezelőorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

Kérelmező neve ……

TAJ szám: ……

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik –e □ igen □ nem

Havi egyéni gyógyszerkerete …….Ft.

A KÉRELMEZŐ RENDSZERESEN SZEDETT HAVI GYÓGYSZEREI:

Gyógyszer neve: A kérelmező által fizetendő térítési díj

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

…….. ……..

Összesen : _____ -Ft

……., év, ……. hónap ……. nap

……..

kezelőorvos aláírása
bélyegzőlenyomata