2.[1] melléklet a 12/2017. (IX. 13.) önkormányzati rendelethez

Háziorvosi igazolás
Gyógyszerkiadási támogatáshoz

(Az igazolás a kezelőorvos aláírása és körbélyegző lenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:			
Születési helye:	**Születési ideje:**	**év**	**hónap** **nap**
TAJ száma:			
Lakcíme:			

A kérelmező rendszeresen szedett gyógyszerei	
Gyógyszer megnevezése	**Fizetendő térítési díj**

Kelt: ……..……

……
kezelőorvos aláírása és
körbélyegző lenyomata

[1] Módosította: 1/2018. (II. 7.) önk. rendelet 9. § (2) bekezdése. Hatályos: 2018. február 8-tól