

Igazolás a gyógyszerköltségekről

Igazolom, hogy

Név:

Anyja neve:

Születési helye és ideje:

Lakóhelye:

TAJ:

6 hónapot meghaladó rendszerességgel szedett gyógyszereinek

neve	ára

Dátum:
.....

Dátum:
.....

.....
orvos aláírása
pecsét pecsét

.....
gyógyszerész aláírása