

### 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

.....  
gyógyszerész aláírása  
pecsét