

1. számú melléklet a 4/2015. (II.26.) számú rendeletez

IGAZOLÁS TELEPÜLÉSI GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ

Kérelmező neve:

Születési neve:

Szül. hely és idő:

Anyja neve:

TAJ száma:

Lakcím: 2015 Szigetmonostor,

Kérelmező **rendszeresen szedett havi** receptköteles gyógyszerei (a feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerértár igazolja):

| Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki) | Ft (gyógyszerértár tölti ki) | Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki) | Ft (gyógyszerértár tölti ki) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Kérelmező **eseti jelleggel** szedett receptköteles gyógyszerei (a feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerértár igazolja):

| Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki) | Ft (gyógyszerértár tölti ki) | Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki) | Ft (gyógyszerértár tölti ki) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Kelt:

.....

orvos
aláírás, pecsét

.....

gyógyszerértár
aláírás, pecsét