

Az 5/2021.(II.26.) számú rendelet 4. melléklete

KÉRELEM

rendszeres gyógyszer támogatás megállapításához

I. KÉRELMEZŐ ADATAI

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Szül.-i idő, hely:

Állandó lakcím:

Személyi igazolvány száma:

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

	A	B	C	D	E
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalom- biztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam szolgáltatott adatok a valóságnak megfelelnek.

Hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, valamint a kérelemben szereplő személyek személyes adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék.

Melléklet:

- orvos által kiállított igazolás
- jövedelemigazolások

Kelt:,év.....hó.....nap.

.....

kérelmező aláírása