6.melléklet a 2/2015.(II.26.) önkormányzati rendelethez

**Háziorvosi igazolás**

A kérelmező adatai

Neve: ............................................................................................................................................

Balatonakarattya, ...................................................................................................szám alatti lakos

TAJ szám: ………...............................................................................................................

**Havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gyógyszer megnevezése | Havi mennyisége, vagy napi adagolása |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Dátum:

 ph \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aláírás

**Gyógyszertári igazolás**

A kérelmező adatai

Neve: .........................................................................................................................................

Balatonakarattya, ...................................................................................................szám alatti lakos

TAJ szám: ………........................................................................................................................

**A háziorvos által leigazolt rendszeresen fogyasztott gyógyszerek egy havi költségének összege:**

**……………………… forint**

Balatonakarattya, 201…………

 Ph \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aláírás

**Nyilatkozat**

Alulírott …………………………………… (név) Balatonakarattya, ………………………… (utca, házszám) szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedülálló vagyok, illetve háztartásomban egyedül élek.

Balatonakarattya, 20……………………………..

 ..……………………………..

 kérelmező

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

**Tanú 1. Tanú 2.**

 **…………………………….. …………………………..**

 **aláírás aláírás**

 **…………………………….. …………………………..**

 **név név**

 **…………………………….. …………………………..**

 **cím cím**

 **……………………………. …………………………..**

 **szig. sz. szig.sz.**