3. számú melléklet a 4/2017. (II. 15.) önkormányzati rendelethez

(Háziorvos tölti ki !)

IGAZOLÁS A KÉRELMEZŐ HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ IGEN ☐ NEM

KÉRELMEZŐ RENDSZERESEN SZEDETT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZEREI:

GYÓGYSZER NEVE	FIZETENDŐ TÉRÍTÉSI DÍJ
FIZETENDŐ TÉRÍTÉSI DÍJ ÖSSZESEN	

Balmazújváros, _____ (év) _____ (hó) ____ (nap)

P.H. .....
Háziorvos aláírása

I G A Z O L Á S

Igazolom, hogy nevezett ..... (név) az alábbi betegségben szenved:

súlyos, állandó kezelést igénylő daganatos betegség - fekvőbeteg és pelenka használata szükséges
(A megfelelő rész aláhúzandó)

Balmazújváros, _____ (év) _____ (hó) ____ (nap)

P.H. .....
Háziorvos aláírása