2. melléklet az 1/2018. (II. 7.)

önkormányzati rendelethez

**Háziorvosi igazolás**

**Gyógyszerkiadási támogatáshoz**

(Az igazolás a kezelőorvos aláírása és körbélyegző lenyomata nélkül nem fogadható el!)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kérelmező neve:** |  |
| **Születési helye:**  | **Születési ideje: év hónap nap** |
| **TAJ száma:** |  |
| **Lakcíme:** |  |

|  |
| --- |
| **A kérelmező rendszeresen szedett gyógyszerei** |
| **Gyógyszer megnevezése** | **Fizetendő térítési díj** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Kelt: …….………………………………………**

 **…………………………………………………**

 **kezelőorvos aláírása és**

 **körbélyegző lenyomata**