

**GYÓGYSZERTÁRI IGAZOLÁS TELEPÜLÉSI GYÓGYSZERTÁMOGATÁS
MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

I. Az ellátott adatai:

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:.....

Lakóhelye: irányítószám,település,
.....utca/út/tér, házszám, épület/lépcsőházemelt/ajtó

Tartózkodási helye: irányítószám,település,
.....utca/út/tér, házszám, épület/lépcsőházemelt/ajtó

Rendszeresen / folyamatosan szedett gyógyszer/ek havi költsége mellékletek szerint:

(A gyógyszertár tölti ki!)

Gyógyszerköltsége:Ft.

Ezt az igazolást a nevezett kérelmére, gyógyszertámogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Dátum:.....

.....
aláírás
P.H.

A gyógyszertár igazolása a szakorvos által felsorolt rendszeres gyógyszer/ek költségéről.