3. melléklet a 2/2015. (II. 25.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS
A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL
(Háziorvos tölti ki)

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:
Neve: ……
Születési neve: ……..
Anyja neve: ……..
Születési helye, ideje (év, hó, nap): …….
Lakóhely: …….
Tartózkodási hely: ……
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …….
Közgyógyellátásban részesülök: igen nem **(a megfelelő rész aláhúzandó)**

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve:	**A Biztosított által fizetendő térítési díj (Ft):**
	Összesen:

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

.....

P. H.

Háziorvos aláírása, pecsétszáma