

GYÓGYSZERKÖLTSÉG-IGAZOLÁS

1. Beteg neve:
2. Lakóhelye:
3. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

4. A beteg gyógyszerköltségének igazolása

	A	B	C	D	E	F
4.1.	Gyógyszer neve	Scat.orig.	Jogcím			Térítési díj (Ft)
4.2.			általános	Eü.tér.köt.	Eü. rend.	gytár. tölti ki
4.3.						
4.4.						
4.5.						
4.6.						
4.7.						
4.8.						
4.9.						
4.10.						
4.11.						
4.12.						
4.13.						
4.14.						
4.15.						
4.16.						
4.17.						

Összesen:

5. Az igazolást nevezett kérelmére rendkívüli települési támogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

6. Igazolom, hogy a fenti gyógyszer mennyiség a kérelmező egyhavi gyógyszereszköze.

Tiszaújváros,

Tiszaújváros,.....

.....
orvos aláírása

.....
gyógyszerész