

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:

4. Az igazolást nevezett kérelmére önkormányzati segély jogosultságának elbírálásához adtam ki.

5. Igazolom, hogy a fenti gyógyszer mennyiség a kérelmező egyhavi gyógyszer szükséglete.

Tiszaújváros,

Tiszaújváros,.....

.....
orvos aláírása

.....
gyógyszerész