

GYÓGYSZERKÖLTSÉG-IGAZOLÁS

1. Beteg neve:

2. Lakcíme:

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 egyszeri gyógyszer támogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

5. Igazolom, hogy a fenti gyógyszer mennyiség a kérelmező egy havi gyógyszer szükséglete.

Tiszaújváros,

Tiszaújváros,.....

.....
orvos aláírása

.....
gyógyszerész

³² Módosította: 24/2013. rendelet 8. §. Hatályos: 2013.08.30-tól.