

BALMAZAQUA Kft.

Balmazújváros

Iskola köz 18.

4060

IGAZOLÁS

Igazolom, hogy:

..... (név) (szül. név)

..... (születési hely, idő)

..... (anyja neve)

..... (lakóhely)

..... (tartózkodási hely)

sám alatti lakos az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló 5/2004. (XI.19.) EüM számú rendeletben foglaltak figyelembe vételével az ellátást az alábbiak szerint vette igénybe:

☐ 15 X 4 kúrát vett igénybe

☐ Nem 15 X 4 kúrát vett igénybe, a kezelések tételes felsorolása:

Megnevezés	Egységár	Felvett kezelések száma	Összeg
Medencefürdő	, - Ft	db	, - Ft
Iszapkezelés	, - Ft	db	, - Ft
Súlyfürdő	, - Ft	db	, - Ft
Szénsavas fürdő	, - Ft	db	, - Ft
Víz alatti vízsugármasszázs	, - Ft	db	, - Ft
Víz alatti gyógytorna	, - Ft	db	, - Ft
Gyógymasszázs	, - Ft	db	, - Ft
Gyógyúszás	, - Ft	db	, - Ft

Balmazújváros, _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

.....
aláírásra jogosult