

3. sz. melléklet a 2/2015. (III. 10.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS
a gyógyszerfogyasztás költségéről

Hivatalosan igazolom, hogy

Név: Szül. hely, idő:

Taj: Orgovány, utca..... szám alatti

lakos részére napján felírt gyógyszerek kiváltási költsége Ft.

Dátum.:

.....
Háziorvos/ Szakorvos/ Gyógyszerész
aláírása