3. melléklet a 42015. (II.27.) önkormányzati rendelethez

**Igazolás a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz költségéről**

**( háziorvos / szakorvos tölti ki)**

1. **Személyes adatok:**

Név.:…………………………………………………………………………………………

Születési helye, ideje:……………………………………………………………………..

Anyja neve:…………………………………………………………………………………

Lakóhely:……………………………………………………………………………………

TAJ szám:…………………………………………………………………………………..

1. **Havi gyógyszerköltségre vonatkozó adatok:**

Igazolom, hogy nevezett részére betegségei miatt, – gyógykezeltetéséhez – havi rendszerességgel az alábbi gyógyszerek szedése javasolt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Háziorvos és szakorvos által javasolt gyógyszer neve:** | **Gyógyszer havi mennyisége (doboz)** | **Gyógyszer havi költsége:\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Összesen:** | …………………..**Ft** |

( \*-gal jelölt oszlopot a gyógyszertár tölti ki.)

Ezen igazolást nevezett kérelmére települési támogatásra a való jogosultságának elbírálása céljából adtam ki.

Mágocs, ……………………………….

 …………………………….. ……………………………..

 háziorvos/szakorvos aláírása gyógyszertár aláírása

 pecsét pecsét