1. *melléklet a szociális ellátásokról, a szociális alapszolgáltatásokról és a gyermekek védelméről szóló 5/2015. (II. 28.) önkormányzati rendelethez*

**I G A Z O L Á S GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ**

*(A háziorvos, vagy szakorvos állítja ki!)*

Igazolom, hogy (név) …………………………………….. szül. hely: ……………………….

szül. idő: ………………………………………………… anyja neve: ……………………….

TAJ száma: ……………………… 3941 Vámosújfalu ……………………………… szám alatti lakos

az alábbi gyógyszereket szedi:

*(Kérjük szíveskedjen megjelölni a gyógyszer megnevezését/a gyógyszer árát.)*

**A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerész igazolja.**

|  |  |
| --- | --- |
| Gyógyszer (gyógyszer megnevezése)(háziorvos, szakorvos tölti ki) |  Gyógyszer ára (Ft)(gyógyszerész tölti ki) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Vámosújfalu, …………év…………………. hó ……. nap

…………………………………… ……………………………………

 **orvos gyógyszerész**

**Ph Ph**