1. melléklet

**Igazolás a gyógyszerköltségről**

**(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 havi rendszerességgel az alábbi gyógyszerek szedése javasolt, azaz a havi rendszeres gyógyító ellátás költségének mértéke:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Háziorvos/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 gyógyszertámogatásra való jogosultságának elbírálása céljából adtam ki.

Szigetvár,

 háziorvos/szakorvos aláírása gyógyszertár aláírása

 pecsét pecsét