4. Melléklet a 11/2016. (VI. 17.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS A KÉRELMEZŐ HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL
(A kezelőorvos aláírása és körbélyegző lenyomata nélkül nem fogadható el!)

NÉV: _____

LAKCÍM: _____

TAJ szám: _____

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezi-e: igen nem *(a megfelelő válasz aláhúzandó)*

A kérelmező **rendszeresen szedett havi** gyógyszerei:

Közgyógyellátásra rendelhető gyógyszer neve*	A támogatás mértéke	Fizetendő térítési díj
Összesen:		**…….. Ft.**

*Csak gyógyszernek minősülő készítmény tüntethető fel!

A gyógykezelés várható időtartama: _____

A kezelőorvos egyéb közlendője:

_____

_____

_____

_____

Kelt: _____

_____

kezelőorvos aláírása, körbélyegző lenyomata