

Háziorvosi igazolás Gyógyszerkiadási támogatáshoz

(Az igazolás a kezelőorvos aláírása és körbélyegző lenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:				
Születési helye:	Születési ideje:	év	hónap	nap
TAJ száma:				
Lakcíme:				

A kérelmező rendszeresen szedett gyógyszerei	
Gyógyszer megnevezése	Fizetendő térítési díj

Kelt:

.....
kezelőorvos aláírása és
körbélyegző lenyomata

¹ Módosította: 1/2018. (II. 7.) önk. rendelet 9. § (2) bekezdése. Hatályos: 2018. február 8-tól