

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