

IGAZOLÁS
gyógyszertámogatás megállapításához
(a kérelmező háziorvosa/szakorvosa tölti ki)

Kérjük a hiányzó adatokat kitölteni!

Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

**krónikus beteg, az alábbi gyógyászati eszközre van szüksége rendszeresen, a következő
vényköteles gyógyszereket szedi rendszeresen (6 hónapot meghaladóan):**

Gyógyszer, gyógyászati eszköz neve:

Ára:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kelt:, (év) (hó) (nap)

.....
háziorvos aláírása

PH.

Kelt:, (év) (hó) (nap)

.....
gyógyszerész aláírása

PH.