

1. sz. melléklet

IGAZOLÁS GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL
(A kezelőorvos aláírása és bélyegző nyomata nélkül nem fogadható el.)

A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:.....

Lakóhelye:.....

TAJ száma:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkeznek-e: igen nem

Havi egyéni gyógyszerköltsége: Ft

Kelt: év hónap nap

PH.

.....
Kezelőorvos aláírása