

GYÓGYSZERKÖLTSÉG IGAZOLÁS

1. Beteg neve: _____
2. Születési neve: _____
3. Lakóhely: _____
4. TAJ szám:

5. A beteg gyógyszerköltségének igazolása

	A	B	C
	<i>Gyógyszer neve</i>	<i>Scat.orig.</i>	<i>Térítési díj (Ft)</i>
5.1			
5.2			
5.3			
5.4			
5.5			
5.6.			
5.7.			
5.8			
5.9			
5.10			
5.11			
5.12			
5.13			
5.14			
5.15			
5.16			
5.17			
5.18			
5.19			
5.20			

Összesen: _____ Ft.

6. Igazolom, hogy a fenti gyógyszer mennyiség a kérelmező egyhavi gyógyszer-szükséglete.
7. Az igazolást nevezett kérelmére települési gyógyszertámogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Kelt: Boconád, _____ év _____ hó ____ nap

P.H.

orvos/gyógyszerész aláírása