HÁZIORVOSI IGAZOLÁS

A HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGRŐL

Név: .....

Lakcím: .....

TAJ szám: .....

Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik-e: igen / nem

A kérelmező krónikus betegsége kezeléséhez szükséges, rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

Gyógyszer neve és rendelt mennyisége	**Beteg által fizetendő térítés díj**

Kelt: ..... év, ... hónap ..... nap

.....

háziorvos aláírása, bélyegzője