

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!

Az igazolás a gyógyszerértár által leigazoltan fogadható el!)

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye:.....Születési idő:.....év.....hó.....nap

Anyja neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

Közfogyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ igen ☐ nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve	A Biztosított által fizetendő térítési díj
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Összesen:.....-Forint

Hajdúhadház, 20.....év.....hónap.....nap.

.....

Háziorvos aláírása, pecsétszáma

A gyógyszerértár igazolása

P.H.

P.H.