6. melléklet

Háziorvosi igazolás gyógyszer, és gyógyászati segédeszköz szükségességéről
(háziorvos / szakorvos tölti ki)

1. **Személyes adatok:**

Név.:.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja neve:.....

Lakóhely:.....

TAJ szám:.....

2. **Havi gyógyszerköltségre vonatkozó adatok:**

Igazolom, hogy nevezett részére betegségei miatt, – gyógykezeltetéséhez – havi rendszerességgel az alábbi gyógyszerek szedése javasolt:

Háziorvos és szakorvos által javasolt gyógyszer neve:	Gyógyszer havi mennyisége (doboz)	Gyógyszer havi költsége:*
	Összesen:	.....**Ft**

(*-gal jelölt oszlopot a gyógyszertár tölti ki.)
Ezen igazolást nevezett kérelmére települési támogatásra a való jogosultságának elbírálása céljából adtam ki.
Mágocs, ...

....

háziorvos/szakorvos aláírása gyógyszertár aláírása

pecsét pecsét