Csanádpalotai Közös Önkormányzati Hivatal

Háziorvosi igazolás havi gyógyszerköltségről

(A települési támogatásokról szóló 13/2015. (VIII.12.) önkormányzati rendelet 6.§ kapcsolódóan)

(A kezelőorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el.)

Igazolom, hogy betegem,

Név: .....

TAJ szám: .....

havonta, a diagnosztizált betegségéhez az alábbi felsorolt gyógyszereket szedi:

A kérelmező rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

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

Összesen:.....Ft

Csanádpalota, ...

.....
kezelőorvos aláírása
bélyegzőlenyomata

.....
gyógyszerész aláírása
bélyegzőlenyomata

Az igazolás tartalmának valódiságáért a kitöltő háziorvos felel.

6913 Csanádpalota, Kelemen L. tér 10.
Tel.: 62/263-015
Fax: 62/263-105
E-mail: mihelcz.andrea@csanadpalota.hu