1. melléklet a 4/2022. (II.23.) rendelethez

(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS

A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata, valamint a gyógyszertár bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve: .....

Születési neve: .....

Születési helye: ..... Születési ideje: ……évben ……..hó ……..nap

Anyja neve: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ igen ☐ nem

Ha igen, érvényességi ideje: .....

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve:	*A biztosított által fizetendő térítési díj:* (gyógyszertár által igazolt hatóanyag szerint legolcsóbb készítmény ára)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Összesen: _____,- Ft.

Dömös, …….év ……hó ……..nap

……
Háziorvos aláírása, pecsétszáma

……
kiállító aláírása, gyógyszertár pecsétje