B Lap
Háziorvos tölti ki!

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ÁLTAL TÁMOGATOTT HAVI RENDSZERES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem érvényes!)

Kérelmező neve:……

Születési neve:…….

Születési helye, ideje:……..

Anyja neve:……

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám):……..

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e:

- ☐ igen
- ☐ nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi vényköteles gyógyszerei

Gyógyszer neve	Kérelmező által fizetendő térítési díj
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……
……	……

Összesen: _____ Ft

Dunakeszi, …….. év ……..... hónap …… nap

……..

Háziorvos aláírása, PH