**HÁZIORVOSI IGAZOLÁS**

……………………… számú melléklet a Martfű Város Önkormányzata Képviselő-testületének …../2015.(……………) önkormányzati rendelete 11. §-a alapján nyújtható gyógyszertámogatáshoz

Kérelmező neve: ……………………………………………………………………………….………………………………….

Születési neve: ……………………………………………………………………………………………….……………………..

Születési helye, ideje: …………………………………………………………………………………………………………….

Anyja neve: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Lakcíme: …………………………………………………………………………………………………………………………………

TAJ száma: …………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ssz.** | **diagnosztizált betegséghez közvetlenül kapcsolódó gyógyszerek megnevezése** | **gyógyszertár általi beárazása** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
|  | **Háziorvos aláírása, pecsétje:**  | **gyógyszertár részéről aláírás, pecsét:**  |

Martfű, 2015. ……………………………………………………………