**(Háziorvos tölti ki!)**

**IGAZOLÁS BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**

**(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)**

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

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

**Születési helye: ……………………… Születési idő: ………… év ………hó…………nap**

**Anyja neve: ………………………………………………**

**Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ………………………………………………**

**Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e:**

igen

nem

**Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:**

*Gyógyszer neve*

*A Biztosított által fizetendő térítési díj*

.

.....................................

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

……………………………

Összesen: ………………………… - Ft

…

…

…

…

…

…

…

…

…

…

…

…

…

…

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

……………………..

Lőkösháza, ….….…. év ……….... hó……….… nap

…

……………………………………….

Háziorvos aláírása, pecsétszáma

P.H.

 *2. melléklet a 9/2023. (VII. 10.) önkormányzati rendelethez*

