**Nagyközségi Önkormányzat**

4142 Zsáka, Szabadság tér 1.

Telefon/Fax: (54) 442-024, E-mail: hivatal@zsaka.hu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rendszeres gyógyszerkiadásról szóló igazolás**

**A háziorvos tölti ki!**

Kérelmező neve: ……………………………………………………….TAJ száma: ……………………………

születési helye, ideje: ……………………………………………………………………………………………..

anyja neve: ………………………………………….. címe:…………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Állandó gyógyszer megnevezése | normatív | emelt | kiemelt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Igazolom, hogy fent nevezett diagnosztizált, krónikus betegsége miatt állandó rendszeres gyógyszerszedésre szorul.

Az általam felírt gyógyszereket krónikus betegsége kapcsán 6 hónapot meghaladó időtartamban szedi.

Zsáka, 2020. ………………hó……nap

 ……………………………………………….

 háziorvos aláírása

**Gyógyszertár/Patika tölti ki!**

Igazolom, hogy a kérelmező havi, rendszeres gyógyszerköltsége a háziorvos által felírtak alapján havi: …………………………Ft.

Ezen igazolást nevezett gyógyszertámogatás iránti kérelméhez adtam ki.

Zsáka, 2020. ………………hó……nap

 ……………………………………………….

 gyógyszertár képviselőjének aláírása