

GYÓGYSZERKÖLTSÉG IGAZOLÁSA

Igazolom, hogy (ügyfél tölti ki):

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja születési neve:

Bejelentett állandó lakcím:

Bejelentett tartózkodási hely (ha van):

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám):

Gyógyszertár tölti ki:

Havi, rendszeres gyógyszerköltsége:

Ezen igazolást Szentendre Város Önkormányzat Képviselő-testületének a pénzübeli és természetbeni szociális gyermekvédelmi ellátásokról szóló 17/2023. (IV.28) önkormányzat rendelete 13. §-a által adható Gyógyszertámogatás nyújtásához adtam ki.

Az igazolást kiadó gyógyszerár neve és címe:

.....

Igazolást kiadó aláírása és pecsétje:

Szentendre, 2023.....