

HÁZIORVOSI NYILATKOZAT

Alulírott nyilatkozom, hogy

..... (a közgyógyellátásra jogosult személy neve)

..... (lakcíme)

által havonta rendszeresen használt gyógyszerek térítési díjának a jogosultság megállapítása óta eltelt időszakban történt emelkedése meghaladja a havi 1.000 Ft-ot.

Dátum:

P.H.

.....
házi orvos aláírása