



## Gyógyszerköltséget igazoló dokumentum

Alulírott (név, lakcím)

az alábbi gyógyszereket szedi rendszeresen vagy időszakosan orvosi felügyelet mellett:

(esetleges folytatás a lap hátoldalán)

Ssz.	Gyógyszer megnevezése	Állandó vagy időszakos jelleg	Gyógyszer ára (Ft)

**Összesen (Ft):**

A dokumentumot a fejlécben szereplő felsőoktatási intézmény rendszeres szociális támogatásához benyújtandó mellékletként kívánok felhasználni.

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvosi aláírás és pecsét