



EPLÉNY KÖZSÉGI ÖNKORMÁNYZAT  
8413 Eplény, Veszprémi utca 64.

## KÉRELEM EGYÉNI GYÓGYSZERKERET FELÜLVIZSGÁLATÁRA

### A kérelmező személyi adatai:

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

TAJ száma:

Telefonszáma: (*nem kötelező megadni*): .....

Kérem a már megállapított gyógyszerkeretem felülvizsgálatát.

Mellékelem:

- **a házi orvos igazolását zárt borítékban**, és
- **a házi orvos nyilatkozatát** arról, hogy az általam havonta rendszeresen szedett gyógyszerek térítési díjának emelkedése a jogosultság megállapítása óta eltelt időszakban meghaladja a havi 1.000 Ft-ot.

A közgyógyellátásom érvényessége több, mint három hónap.

Levelezési címem: .....

Kelt, ..... év ..... hó ..... nap

.....  
**kérelmező aláírása**