**Nyilatkozat**

Gyógyszerköltség változásról

Alulírott ………………………………….. háziorvos a pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól szóló 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet 39. § (1) bekezdése alapján nyilatkozom, hogy

Név: ..................................................................................................................................................

Születési név: ....................................................................................................................................

Anyja neve: .......................................................................................................................................

Születési helye, ideje (év, hó, nap): ..................................................................................................

Lakóhelye: ........................................................................................................................................

Tartózkodási helye: ...........................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ..............................................................................................

a **közgyógyellátásra jogosult személy** által havonta rendszeresen használt gyógyszerek térítési díjának a jogosultság megállapítása óta eltelt időszakban történt emelkedése **meghaladja a havi 1000 forintot.**

Dátum: ................................................

................................................  
háziorvos aláírása  
................................................  
munkahelyének címe