

KÉRELEM

települési gyógyszerátogatás megállapításához

1. A kérelmező adatai:

Neve: _____

Születési neve: _____

Születési helye, ideje (év, hónap, nap): _____

Anyja neve: _____

☐ Bejelentett lakóhelye: _____

☐ Tartózkodási helye: _____

(Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van, X-szel jelölje, hogy melyik címen él életvitelszerűen.)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Állampolgársága: _____

(Nem magyar állampolgár esetén fel kell tüntetni, ha a személy bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott vagy hontalan jogállású.)

Telefonszáma (nem kötelező megadni): _____

E-mail címe (nem kötelező megadni): _____

2. A kérelmező családi állapota:

☐ egyedülálló,

☐ házastársával/élettársával él együtt.

3. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozókra vonatkozó adatok:

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: _____ fő.

	Közelihozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	TAJ szám	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés
1.						
2.						
3.						

4.						
5.						

4. Nyilatkozatok:

a) Gyógyszereimet az alább megjelölt gyógyszertárban kívánom kiváltani:

b) Kérelmemhez csatolom az 1. melléklet szerinti jövedelem és vagyonnyilatkozatot, valamint a rendelet 29. §-a szerinti igazolást a gyógyszerköltségekről.

c) Hozzájárulok, hogy a megjelölt gyógyszertárnak az önkormányzat adatokat szolgáltatasson.

d) Felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

e) Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok a feltüntetett adatokban bekövetkezett változást 15 napon belül bejelenteni az eljáró hatóságnak.

f) Kijelentem, hogy a kérelemnek helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

Paks, _____

kérelmező aláírása