**Mjesečno izvješće o izvršenim pregledima umrlih osoba**

**na temelju kojega se vrši isplata naknade za preglede umrlih**

**za mjesec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_. godine Ime i prezime mrtvozornika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Redni broj** | **Datum smrti** | **Mjesto pregleda umrlog**  | **Relacija putovanja** **od do**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da su gore navedeni podatci točni i odgovaraju podatcima iz Knjige evidencije o obavljenim pregledima umrlih osoba.

 potpis mrtvozornika

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_