**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

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