Mjesečno izvješće o izvršenim pregledima umrlih osoba
na temelju kojega se vrši isplata naknade za preglede umrlih i za troškove prijevoza

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

_____