



**združenje multiple skleroze
slovenije**

Podružnica: _____

Datum: _____

OBRAČUN DEŽURSTVA za mesec _____

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Kraj in poštna številka: _____

Število dežurstev: _____

Datum:	Član (ime, priimek):	Zadeva:

Skupni stroški: _____ €

Prevozni stroški:

Obkrožiti način prevoza: osebni avtomobil avtobus vlak

Cena vozovnice (obvezno priložiti vozovnico):

Kilometrina:

Datum:	Relacija:	Št. opravljenih km	Vrednost (izpolni ZMSS)

Podpis dežurnega: _____

Podpis predsednika podružnice: _____