



**zdrúženje multiple skleroze
slovenije**

(ime, priimek) _____

(naslov) _____

(poštna številka, kraj) _____, _____

ZMSS

Maroltova 14

1000 Ljubljana

Ljubljana, (datum) _____

Zadeva: **IZJAVA**

Spodaj podpisan/a (ime, priimek) _____, izjavljam, da sem dne

____.____.20__ opravil/a plačilo (navesti) _____

iz svojih sredstev.

Prosim za povrnitev stroškov v višini _____ €.

(podpis)

Priloga:

- Račun