

POROČILO ZA IZPLAČILO NAGRADE ZASTOPNIKOM

Podatki o zastopniku:

IME IN PRIIMEK: _____

NASLOV: _____

DAVČNA ŠTEVILKA: _____

TRANSAKCIJSKI RAČUN: _____

Podatki o opravljenih obiskih in kilometrih:

	<i>Psihiatrična bolnišnica in/ali socialnovarstveni zavod</i>	<i>Šifra zastopane osebe</i>	<i>Prvi obisk</i>	<i>Nadaljnji obisk do 30 min (datum, ura; začetek-konec)</i>	<i>Nadaljnji obisk nad 30 min (datum, ura; začetek-konec)</i>	<i>Km</i>
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Obisk na podlagi uradnega zaznamka, ki ga podpiše dežurna oseba ustanove:

<i>Datum:</i>	<i>Opravljeni kilometri</i>

Podatki o strokovnih srečanjih in usposabljanjih:

<i>Datum strokovnega srečanja ali usposabljanja</i>	<i>Opravljeni kilometri</i>

S svojim podpisom jamčim, da so podatki, ki sem jih navedel/la, resnični.

Podpis zastopnika: _____

Kraj in datum: _____