**Potvrzení**

**o seznámení se Směrnicí o poskytování cestovních náhrad**

Níže uvedený příjemce cestovních náhrad svým podpisem potvrzuje, že byl předsedou oddílu seznámen se zněním Směrnice o poskytování cestovních náhrad.

Oddíl:

Předseda oddílu:

Příjemci cestovních náhrad:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jméno a příjmení** | **Datum** | **Podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |