

.....
(nazwa jednostki)

.....
.....
(adres)

Rejestr służbowych kart płatniczych

Lp.	Imię i nazwisko pracownika dysponującego kartą	Numer karty płatniczej	Okres ważności karty	Potwierdzenie odbioru karty ¹	Data zamknięcia karty	Podpis pracownika komórki finansowej

¹ podpis pracownika odbierającego kartę płatniczą