Arkusz nr ____ *(nr arusza spisowego)*

(Pieczęć muzeum)

Instytucja: ____ *(nazwa i adres muzeum)*
Przedmiot inwentaryzacji: ___________________________ *(rodzaj zbiorów)*
Pole spisowe: _______________________________________ *(miejsce kontroli)*

Skład komisji inwentaryzacyjnej: przewodniczący - _______________________ *(imię i nazwisko)*
członkowie - ____ *(imię i nazwisko)*
Osoba odpowiedzialna za zbiory lub jej przedstawiciel: _______________________ *(imię i nazwisko)*

Inwentaryzację rozpoczęto dnia: ___________ *(data)* , o godz. _____ *(godzina)*
Inwentaryzację zakończono dnia: ___________ *(data)* , o godz. _____ *(godzina)*

Lp.	**Nr inwentarzowy**	**Nazwa obiektu**	**Liczba**	**Wartość (zł, gr)**	**Księga inwentarzowa (T/N)**	**Karta ewidencyjna (T/N)**	**Uwagi**
1	2	3	4	5	6	7	8

Podpisy członków Komisji: