Śląski Związek Tenisa Stołowego
ul. Partyzantów 25, 44-113Gliwice
tel.: 733 555 723 e-mail: biuro@slzts.pl

pieczęć okręgu

Śląski Związek Tenisa Stołowego
ul. Partyzantów 25
44-113 Gliwice
NIP 954-118-66-53,REGON 273057617
KRS 0000062780 2

Puchar Polski w Tenisie Stołowym Kobiet i Mężczyzn w Województwie Śląskim

DELEGACJA SĘDZIOWSKA nr ……. z dnia ……

IMIĘ I NAZWISKO ……FUNKCJA …….

MECZ ……..w ……..……. dnia …… godz. …….
kategoria zawodów *miejscowość rozgrywania meczu*

POMIĘDZY DRUŻYNAMI:

…… vs ……..……..
gospodarze *goście*

OŚWIADCZENIE PODATKOWE

nazwisko	*pierwsze imię*	*drugie imię*	*imię ojca*	*imię matki*

numer PESEL	*numer NIP*				*miejsce urodzenia*	*data urodzenia*

ADRES PODATNIKA

……..
kod, miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu

……
ADRES URZĘDU SKARBOWEGO

RACHUNEK

DLA ……

Ekwiwalent sędziowski (brutto):	150,00 zł
Koszty uzyskania przychodu:	30,00 zł
Podstawa opodatkowania:	120,00 zł
Podatek 12%:	14,00 zł
Ekwiwalent sędziowski (netto):	136,00zł
Dojazd …… km x 0,80 zł	
Razem do wypłaty:	

Słownie……

Podpis wystawcy rachunku .....

Wymienioną kwotę otrzymałem (am) dnia ..... *podpis* ……

Powyższą kwotę proszę przelać na rachunek bankowy:

……
nazwa banku, numer rachunku bankowego