

DELEGACJA SĄDZIOWSKA nr .... /2023/2024 z dnia .....

**Infinitas Klub Hokejowy KTH NIP 734 351 64 16 www.hokejkrynica.pl**

IMIĘ I NAZWISKO .....

MECZ o Mistrzostwo II Ligi w ..... dnia ..... godz. ....  
*kategoria zawodów*

**POMIĘDZY DRUŻYNAMI:**

..... VS .....  
*gospodarze* *goście*

**OŚWIADCZENIE Sędziego Sportowego (prosimy o wypełnienie pismem drukowanym)**

|                 |                      |              |                          |                       |
|-----------------|----------------------|--------------|--------------------------|-----------------------|
| .....           | .....                | .....        | .....                    | .....                 |
| <i>nazwisko</i> | <i>pierwsze imię</i> | <i>PESEL</i> | <i>miejsce urodzenia</i> | <i>data urodzenia</i> |

ADRES Zamieszkania .....  
*kod, miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu*

.....  
*ADRES i nazwa URZĘDU SKARBOWEGO* *Numer konta bankowego*

**RACHUNEK dla Infinitas Klub Hokejowy KTH**

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| Ekwiwalent sędziowski          |  |  |
| Koszt uzyskania przychodu      |  |  |
| Kwota do opodatkowania         |  |  |
| Podatek 12%                    |  |  |
| Ekwiwalent sędziowski (netto): |  |  |
| Dojazd ..... km x 0,8358 zł    |  |  |
| <b>Razem do wypłaty:</b>       |  |  |

Słownie.....

Podpis wystawcy rachunku .....

**Podpisy przedstawicieli KTH potwierdzających wykonanie**

.....

Wymienioną kwotę proszę przelać na konto:

.....

Wymienioną kwotę otrzymałem (am) podpis.....

Zatwierdzam do wypłaty, kwota.....słownie.....

*podpisy*