**Lista wypłaconych świadczeń/nagród w miesiącu ………………… 20…… r. dla członków organów statutowych**

**ROD „……………………………………” w ………………………… zgodnie z uchwałą Zarządu ROD nr ………… / 20…… r.**

**z dnia …………………… 20 ………… r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wpisz właściwe określenie: ***osoba wybrana lub osoba powołana*** | Kwota brutto świadczenia lub nagrody | Składka na ubezpieczenie zdrowotne (9,00%) tylko w przypadku ***osoby powołanej*** | Koszty uzyskania przychodu | Podstawa opodatkowania | Podatek do Urzędu Skarbowego **zaokrąglany do pełnych złotych** | Kwota do wypłaty | Forma wypłaty: ***przelew lub gotówka*** | Data wypłaty  i podpis, gdy wypłacono  ***gotówką*** |
| kol. 4 x 9,00% | 250,00 zł | kol. 4 – kol. 6 | kol. 7 x 12,00% | kol. 4 – kol. 5 i kol. 8 |
| -1- | -2- | -3- | -4- | -5- | -6- | -7- | -8- | -9- | -10- | -11- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wypłata świadczeń/nagród następuje na podstawie uchwały nr 5/XXV/2018 z dnia 05.12.2018 r. Krajowej Rady PZD, jak również zgodnie z uchwałą nr ………/20 …… r.,  
z dnia Walnego Zebrania członków PZD w ROD „………………………………” w ………………… w uzgodnieniu z Komisją Rewizyjną ROD.

Zatwierdzono do wypłaty:

1. ……………………………………
2. ……………………………………