**ANEXO 2**

**RECIBO**

**D/D**ª

**CON DNI Nº** **DOMICILIO (PROVINCIA)**

**CALLE** **C.POSTAL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MUNICIPIO** **TELÉFONO**

**Ha recibido de la Federación Española de Deportes para Ciegos, con C.I.F. G-81110413, la cantidad de:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BASE IMPONIBLE** |  |  |
|  |  |  |
| **IRPF 15%** |  |  |
|  |  |  |
| **A PERCIBIR** |  |  |

**En concepto de honorarios profesionales como,** 🞏**Entrenador/**🞏**Fisioterapeuta, en el partido de Fútbol 5 / Fútbol Sala disputado entre los equipos** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **el día**  / / **20**

**En**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,a**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **de 20**

**FDO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LAS CANTIDADES INCLUIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO ESTÁN SUJETAS A LA RETENCIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS (IRPF)**

El pago de estas cantidades no supondrá, en ningún caso, el reconocimiento por la FEDC de relación laboral con el perceptor.