

Znak sprawy

Z-4A/200

Zlecenie korygujące nr do Zlecenia płatności nr

Rodzaj Wniosku

1. Instytucja:*

Adres:

Miejscowość*

Ulica*

Nr domu*

Nr lokalu*

Kod pocztowy*

Pocztą*

Numer telefonu*

Fax*

2. Beneficjent:

NIP

Nazwa

PESEL

Adres:

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Pocztą

Numer telefonu

Fax/ Numer ID Beneficjenta

Sektor Beneficjenta

3. Odbiorca płatności:

NIP

Nazwa

(na rzecz którego należy dokonać płatności)

Adres:

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Pocztą

4. Nr rachunku:

(na który należy dokonać płatności)

5. Kwota płatności:

PLN

6. Tytuł płatności

7. Rodzaj płatności

8. Źródło finansowania

9. Numer wniosku o płatność

10.	Kwota przed korektą		
11.	Kwota korekty		
12.	Kwota po korekcie		
13.	Nazwa programu		
14.	Priorytet/oś priorytetowa		
15.	Działanie/Obszar tematyczny/Środek		
16.	Poddziałanie/Cele		
17.	Numer projektu/ Operacji/ Projektu kwalifikowanego		
18.	Kategoria interwencji		
19.	Podstawa prawna:	umowa nr	zawarta z beneficjentem w dniu:
20.	<input type="checkbox"/> Potwierdzam, że posiadam pisemną zgodę dysponenta części budżetowej, o której mowa w art. 188 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, na dokonanie płatności.		
21.	Kwota rozliczająca pobraną zaliczkę ze środków europejskichzł		

Sporządził:

.....
data i podpis pracownika jednostki zatwierdzającej kwoty do wypłaty

Zatwierdzono do wypłaty:

.....
data i podpis osoby upoważnionej do zatwierdzania kwoty do wypłaty w jednostce zatwierdzającej kwoty do wypłaty

Kontrola merytoryczna i formalno - rachunkowa

.....
data i podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w jednostce zatwierdzającej kwoty do wypłaty

