



Logo
Samorządu Województwa/
wojewódzkiej samorządowej
jednostki organizacyjnej

Logo Programu
Zgodnie z odpowiednią
Księgą Wizualizacji
Znaku

.....
(pełna nazwa Funduszu)

.....
Podmiot wdrażający/Instytucja pośrednicząca

.....
Komórka organizacyjna

.....
Adres

P-10/359

..... dnia

Sz.P.

.....
Dyrektor
Departamentu Działań Delegowanych
Agencja Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa

Uprzejmie proszę o akceptację w zakresie zwolnienia i zwrotu Beneficjentowi

.....
(imię i nazwisko/nazwa Beneficjenta)

.....
(adres)

dokumentu prawnego zabezpieczenia zaliczki w formie
(nazwa dokumentu prawnego zabezpieczenia)

ustanowionego przez
(nazwa podmiotu wystawiającego/gwaranta)

przedłożonego w sprawie znak: przez ww. Beneficjenta.

Zaistniały następujące okoliczności umożliwiające zwolnienie i zwrot dokumentu prawnego zabezpieczenia zaliczki:

.....
.....

Z poważaniem,

.....
(podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej)

Załącznik:

1. Kopia pisma ARiMR z dniadotyczącego zgody na zwolnienie gwarancji.*

Do wiadomości:

.....
Nazwa gwaranta

.....
(adres: ulica, nr)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

*dotyczy wyłącznie gwarancji