

Zlecenie płatności

Rodzaj Wniosku

1. Instytucja:*

Adres:

Miejscowość*

Ulica*

Nr domu*

Nr lokalu*

Kod pocztowy*

Poczta*

Numer telefonu*

Faks*

2. Beneficjent:

NIP

Nazwa

PESEL

Adres:

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Numer telefonu

Faks/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

Poczta

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.	Dysponent Nazwa	<input type="text"/>																					
11.	Numer/Nazwa części budżetowej	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
12.	Klasyfikacja budżetowa	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Rozdział</th> <th colspan="2">Paragraf</th> <th>Kwota</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Rozdział		Paragraf		Kwota	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rozdział		Paragraf		Kwota																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
13.	Nazwa programu	<input type="text"/>																					
14.	Priorytet/oś priorytetowa	<input type="text"/>																					
15.	Działanie/Obszar tematyczny/Środek	<input type="text"/>																					
16.	Poddziałanie/Cele	<input type="text"/>																					
17.	Numer projektu/ Operacji/ Projektu kwalifikowanego	<input type="text"/>																					
18.	Kategoria interwencji	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
19.	Podstawa prawna:	umowa nr <input type="text"/>	zawarta z beneficjentem w dniu: <input type="text"/>																				
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.																					

* Pola wypełniane automatycznie