

Zlecenie płatności, o którym mowa w § 3 ust. 1a rozporządzenia

Dane Zleceniodawcy	adres:	Rodzaj wniosku*	<input type="text"/>
		Nazwa programu*	<input type="text"/>
		Fundusz*	<input type="text"/>
		Numer zlecenia	<input type="text"/>
		Data rejestracji	<input type="text"/>
		Wprowadzający	<input type="text"/>
		Imię i nazwisko wprowadzającego	<input type="text"/>
		Institucja	<input type="text"/>
		Miejscowość	<input type="text"/>
		Ulica	<input type="text"/>
		Nr domu	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
		Kod pocztowy	<input type="text"/>
		Poczta	<input type="text"/>
		Numer telefonu	<input type="text"/>
		Faks	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>		
Dane Beneficjenta/ Odbiorcy	adres Beneficjenta:	Nazwa programu	<input type="text"/>
		Fundusz	<input type="text"/>
		Czy Beneficjent posiada NIP polski*	<input type="text"/>
		NIP/PESEL Beneficjenta*	<input type="text"/>
		PESEL Beneficjenta	<input type="text"/>
		Nazwa Beneficjenta*	<input type="text"/>
		Miejscowość*	<input type="text"/>
		Ulica*	<input type="text"/>
		Nr domu*	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
	adres Odbiorcy:	Kod pocztowy*	<input type="text"/>
		Poczta	<input type="text"/>
		Numer telefonu	<input type="text"/>
		Faks	<input type="text"/>
		Numer ID	<input type="text"/>
		Sektor Beneficjenta*	<input type="text"/>
		Czy Beneficjent jest państwową jednostką budżetową?*	<input type="text"/>
		Czy Beneficjent jest Odbiorcą?*	<input type="text"/>
		Czy Odbiorca posiada NIP polski*	<input type="text"/>
		NIP/PESEL Odbiorcy*	<input type="text"/>
		PESEL Odbiorcy	<input type="text"/>
		Nazwa Odbiorcy*	<input type="text"/>
		Miejscowość*	<input type="text"/>
		Ulica*	<input type="text"/>
		Nr domu*	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy*	<input type="text"/>		
Poczta	<input type="text"/>		
Numer telefonu	<input type="text"/>		
Faks	<input type="text"/>		
Adres e-mail	<input type="text"/>		

Projekt/Umowa/Wniosek	Nazwa programu	<input type="text"/>		
	Fundusz	<input type="text"/>		
	Priorytet/Oś priorytetowa/Obszar tematyczny*	<input type="text"/>		
	Działanie/Obszar tematyczny/Środek/Obszar programowy*	<input type="text"/>		
	Podziałanie/Cele*	<input type="text"/>		
	Województwo – symbol w numerze projektu*	<input type="text"/>		
	Numer projektu/Operacji/Projektu kwalifikowalnego*	<input type="text"/>		
	Numer umowy*	<input type="text"/>		
	Data umowy/ aneksu*	<input type="text"/>		
	Numer wniosku o płatność	<input type="text"/>		
Dane płatności/Klasyfikacja	Nazwa programu	<input type="text"/>		
	Rodzaj wniosku	<input type="text"/>		
	Fundusz	<input type="text"/>		
	Numer rachunku*	<input type="text"/>		
	Kwota płatności*	<input type="text"/>		
	Tytuł płatności*	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
	Rodzaj płatności*	<input type="text"/>		
	Część budżetowa*	<input type="text"/>		
	Podczęść budżetowa*	<input type="text"/>		
	Dysponent	<input type="text"/>		
	Źródło finansowania*	<input type="text"/>		
	Klasyfikacja budżetowa*			
	Rozdział	Paragraf	Kwota płatności	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			nr decyzji MF w sprawie rezerwy celowej	
			<input type="text"/>	
Oświadczenie	Nazwa programu	<input type="text"/>		
	Fundusz	<input type="text"/>		
	Oświadczenie*	Potwierdzam, że posiadam pisemną zgodę Dysponenta części budżetowej na dokonanie płatności		<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
	Czy skopiować dane wniosku?*	<input type="text"/>		
	Komentarz	<input type="text"/>		

- pole wypełniane automatycznie

* - pole wymagane