

Zlecenie płatności, o którym mowa w § 3 ust. 1b rozporządzenia		
Dane Zleceniodawcy	adres:	Rodzaj wniosku*
		Nazwa programu*
		Fundusz*
		Numer zlecenia
		Data rejestracji
		Wprowadzający
		Imię i nazwisko wprowadzającego
		Institucja
		Miejscowość
		Ulica
		Nr domu
		Nr lokalu
		Kod pocztowy
		Poczta
		Numer telefonu
		Faks
	Adres e-mail	
Dane Beneficjenta / Odbiorcy	adres Beneficjenta:	Nazwa programu
		Fundusz
		Czy Beneficjent posiada NIP polski?*
		NIP/PESEL Beneficjenta*
		PESEL Beneficjenta
		Nazwa Beneficjenta*
		Miejscowość*
		Ulica*
		Nr domu*
		Nr lokalu
		Kod pocztowy*
		Poczta
		Numer telefonu
		Faks
		Numer ID
		Sektor Beneficjenta*
		Czy Beneficjent jest państwową jednostką budżetową?*
		Czy Beneficjent jest Odbiorcą?*
		Czy Odbiorca posiada NIP polski?*
		NIP/PESEL Odbiorcy*
		PESEL Odbiorcy
	adres Odbiorcy:	Nazwa Odbiorcy*
		Miejscowość*
		Ulica*
	Nr domu*	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy*	
	Poczta	
	Numer telefonu	
	Faks	
	Adres e-mail	

22) Dodany przez § 1 pkt 13 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 2 rozporządzenia wymienionego jako drugie w odnośniku 6.

Projekt/umowa/wniosek	Nazwa programu	<input type="text"/>
	Fundusz	<input type="text"/>
	Priorytet / obszar tematyczny*	<input type="text"/>
	Działanie / Cel szczegółowy / Środek/ Obszar programowy*	<input type="text"/>
	Kod definiujący rolę instytucji ogłaszającej nabór*	<input type="text"/>
	Numer porządkowy instytucji ogłaszającej nabór*	<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"/>
	Fundusz	<input type="text"/>
	Rodzaj wniosku	<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*	
Dział	<input type="text"/>	
Rozdział	<input type="text"/>	
Paragraf	<input type="text"/>	
Kwota płatności	<input type="text"/>	
Nr decyzji MF w sprawie rezerwy celowej	<input type="text"/>	
Oświadczenie	Nazwa programu	<input type="text"/>
	Fundusz	<input type="text"/>
	Oświadczenie*	<input type="checkbox"/> Potwierdzam, że posiadam pisemną zgodę Dysponenta części budżetowej na dokonanie płatności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Dane kontaktowe w sprawie złożonego zlecenia (adres e-mail / nr telefonu)*	<input type="text"/>
	Czy skopiować dane wniosku?*	<input type="text"/>
Komentarz	<input type="text"/>	

- pole wypełniane automatycznie

\* - pole wymagane