

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

Dane Zleceńodawcy

adres:

Rodzaj wniosku*	<input type="text"/>
Nazwa programu*	<input type="text"/>
Numer zlecenia	<input type="text"/>
Data rejestracji	<input type="text"/>
Wprowadzający	<input type="text"/>
Imię i nazwisko wprowadzającego	<input type="text"/>
Instytucja	<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"/>
Fax	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>

Dane Beneficjenta/ Odbiorcy

adres Beneficjenta:

adres Odbiorcy:

Nazwa programu	<input type="text"/>
Czy Beneficjent krajowy*	<input type="text"/>
NIP 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"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>
Poczta	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>
Fax	<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 krajowy*	<input type="text"/>
NIP 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"/>		
	Priorytet/Oś priorytetowa/Obszar tematyczny*	<input type="text"/>		
	Działanie/Obszar tematyczny/Środek/Obszar programowy*	<input type="text"/>		
	Poddziałanie/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"/>		
	Kategoria interwencji*	<input type="text"/>		
Dane płatności/Klasyfikacja	Nazwa programu	<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*			
		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"/>		
	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