**OR……………………..… ARiMR/ DEPARTAMENT OCENY PROJEKTÓW INWESTYCYJNYCH ARiMR/ DEPARTAMENT POMOCY TECHNICZNEJ/URZĄD MARSZAŁKOWSKI / ARR/INNY PODMIOT\***

**Z-2A/308**

**Lista Zleceń Płatności**

**dla działań Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 (zaliczka/wyprzedzające finansowanie\*)**

...............................

znak sprawy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nabór: | .......................................................................................................................... | | | |
| Działanie/Poddziałanie: | ......................................................................................................................... | | | |
|  |  | | | |
| Krajowy rok budżetowy: | | ...................... | | |
| Kod EFRROW | | ...................... | | |
| Jednostka wdrażająca | | ...................................................................................................... | | |
| Beneficjent: | | ...................................................................................................... | | |
| ID Beneficjenta | | .................................................................................................... | | |
| REGON/PESEL Beneficjenta | | ......................................................................................................................... | | |
| Numer umowy / aneksu/decyzji\*): | ...................................... | | Data zawarcia umowy / aneksu/ decyzji\*): | ................................................. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wysokość przyznanej pomocy ogółem wg umowy/aneksu/decyzji\*) | ……… zł | | |
| Wysokość przyznanej zaliczki ogółem wg umowy/aneksu/decyzji | ……… zł |  |  |
|  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  | **Przelano dnia:** |
|  |  |  | Płatność: | |  |  |
| **lista zleceń płatności nr** | | |  | zaliczka |  | ................................................... podpis pracownika DF |
| **wystawiona dnia ....................................** | | |  | wyprzedzające finansowanie |  |  |
|  | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Zlecenie płatności nr** | **Kwota ogółem do wypłaty**  **(4+6)** | **Środki UE** | **%** | **Środki KR** | **%** | **Rodzaj pomocy** |
|
|
|
|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kwota ogółem** |  |  |  |  |  |  |

**Dotyczy dokonania wypłaty zaliczki/wyprzedzającego finansowania\***

z rachunku bankowego ARiMR w Banku ...............................................................………………………

numer: ...............................................................................……………………………………………….

na rzecz: ...................................................................................................................................................

( nazwa odbiorcy pomocy)

na rachunek bankowy: ............................................................................................................................

(nazwa posiadacza rachunku)

w ..............................................................................................................................................................

(nazwa banku posiadacza rachunku)

numer: .......................................................................................................................................................

(numer rachunku bankowego posiadacza rachunku)

tytułem: *Wykonania Umowy o przyznanie pomocy/Decyzji\*) Nr .......... z dnia ....... roku zawartej pomiędzy ……..……………………………, a ........................................... , w oparciu o wniosek o zaliczkę/wyprzedzające finansowanie\* Nr……….… przyjęty przez …………………………………….….………………………………………………………*

*(nazwa jednostki autoryzującej i zatwierdzającej kwoty do wypłaty)*

*w dniu …………………..*

*(data przyjęcia kompletnego wniosku/data rejestracji wniosku*

*o płatność przez jednostkę autoryzującej i zatwierdzającej kwoty do wypłaty\*)*

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczenie 1:**

Dane zawarte w zleceniach płatności na Liście Zleceń Płatności są zgodne z danymi wynikającymi   
z umowy/decyzji/aneksu. Wysokość pomocy nie przekracza procentowego udziału kosztów kwalifikowanych wynikających z PROW 2014-2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sporządził**: |  | **Zatwierdzono do wypłaty:** |
| ……………………………………………………. |  | ……………………………………………………. |
| data i podpis pracownika jednostki autoryzującej  i zatwierdzającej kwoty do wypłaty |  | data i podpis osoby upoważnionej do zatwierdzania kwoty  do wypłaty w jednostce autoryzującej i zatwierdzającej kwoty  do wypłaty |
|  |  |  |
| **Kontrola merytoryczna** |  |  |
| **i formalno – rachunkowa:** |  |  |
| ……………………………………………………. |  |  |
| data i podpis osoby upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w jednostce autoryzującej i zatwierdzającej kwoty  do wypłaty |  |  |