#### 3.3. Pismo do ARiMR z prośbą o wstrzymanie realizacji lub zwrot dokumentu finansowo-księgowego\*. (P-3/363)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | --- | | ***Nazwa podmiotu wdrażającego\*\**** | |  | | *Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość* | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
| **P-3/363** | | | |
|  | | | |
|  | | |  |  |  | , dnia | |  | |
|  | | |  |  |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | | | | | |
|  |  | |  | **Departament Księgowości**  **ARiMR** | | | | | |
| *Znak sprawy:* | | |  | *Adres: ulica, nr* | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |
|  | | |  | *Kod pocztowy, miejscowość* | | | | | |
|  | | |  |  | | | | | |

Sprawa: wstrzymanie realizacji/ zwrot\* zlecenia płatności.

W związku z przekazanym Zleceniem Płatności, wystawionym w dniu: …………………………………… o numerze ……..…………………………………………..

na kwotę ……………. zł (słownie: …………………………………………………... złotych)

dla Beneficjenta ……………………………………………….…………..................................

*(imię nazwisko Beneficjenta/nazwa Beneficjenta)*

o numerze ID Beneficjenta …………………………………………...………………………

……………………………………………………………………………...……………………

wystąpiła konieczność wstrzymania realizacji/ zwrotu \* Zlecenia Płatności z następującego powodu: …………………………………………………………………………………………..……....

…………………………………………………………………………………………………..

Sprawę prowadzi ……………………………………………………………………………….

Nr telefonu ……………………………….. adres e-mail ……………………………………...

\* niepotrzebne usunąć

\*\*uzupełnić nazwę podmiotu wdrażającego