



**PROGRAM REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



Dotyczy wniosku Beneficjenta o płatność nr: .....

Data sporządzenia raportu: .....

Lp.	Nazwa Beneficjenta	NIP Beneficjenta	Numer umowy/decyzji	Numer aneksu do umowy/decyzji	Numer wniosku o płatność	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (po autoryzacji)	Numer dokumentu księgowego	Numer ewidencyjny /księgowy	Data wystawienia dokumentu	Data zapłaty	Kwota dokumentu brutto	Kwota dokumentu netto
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

Wynik kontroli

W wyniku przeprowadzonej kontroli krzyżowej programu na wskazanym powyżej wniosku Beneficjenta o płatność stwierdzono, iż zachodzi/nie zachodzi\* podwójne finansowanie.

.....  
Data i podpis pracownika sporządzającego raport

.....  
Data i podpisy pracowników weryfikujących raport:

.....  
Data i podpis kierownika

\* - odpowiednie skreślić