

*Nazwa podmiotu wdrażającego***

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

.....

.....

....., dnia

P-3/363

Departament Księgowości

ARiMR

Znak sprawy:

Adres: ulica, nr

Kod pocztowy, miejscowość

Sprawa: wstrzymanie realizacji/ zwrot zlecenia płatności.*

W związku z przekazaną Listą Zleceń Płatności/Zleceniem Płatności*, wystawioną 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* ww. dokumentu z następującego powodu:

.....

.....

*niepotrzebne usunąć

**uzupełnić nazwę podmiotu wdrażającego

Sprawę prowadzi

Nr telefonu adres e-mail