

WNIOSEK O PŁATNOŚĆ

na operacje w zakresie podejmowania działalności gospodarczej
w ramach poddziałania 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji
w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność”
objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata
2014-2020

symbol formularza

W-2_19.2_P

Potwierdzenie złożenia wniosku
/pieczęć UM/

Liczba załączników dołączonych przez Beneficjenta

UM - - UM /

znak sprawy (wypełnia UM albo wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna - dalej UM)

- -

data złożenia i podpis (wypełnia UM)

W celu poprawnego wypełnienia formularza wniosku należy zapoznać się z informacjami zawartymi w Instrukcji jego wypełniania

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Cel złożenia wniosku o płatność (wybierz z listy)
2. Rodzaj płatności (wybierz z listy)
3. Z postanowień umowy wynika obowiązek utworzenia miejsc(a) pracy X TAK
4. Operacja jest dedykowana grupie(-om) defaworyzowanej(-ym), określonej(-ym) w LSR (wybierz z listy)
- 4.1 Liczba grup defaworyzowanych, do których dedykowana jest operacja
- 4.2 Operacja jest dedykowana grupie(-om) defaworyzowanej(-ym), poprzez utworzenie miejsc(a) pracy (wybierz z listy)

II. DANE IDENTYFIKACYJNE BENEFICJENTA

1. Numer identyfikacyjny
2. Imię i nazwisko Beneficjenta 3. NIP
-
4. REGON 5. NIP
-

5. Adres Beneficjenta

5.1 Kraj Polska	5.2 Województwo (wybierz z listy)	5.3 Powiat	5.4 Gmina
5.5 Kod pocztowy	5.6 Poczta	5.7 Miejscowość	5.8 Ulica
5.9 Nr domu	5.10 Nr lokalu	5.11 Telefon stacjonarny / komórkowy	5.12 Faks
5.13 E-mail		5.14 Adres www	

6. Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż w pkt 5 oraz w przypadku wskazania pełnomocnika)

6.1 Kraj (wybierz z listy)	6.2 Województwo nie dotyczy	6.3 Powiat	6.4 Gmina
6.5 Kod pocztowy	6.6 Poczta	6.7 Miejscowość	6.8 Ulica
6.9 Nr domu	6.10 Nr lokalu	6.11 Telefon stacjonarny / komórkowy	6.12 Faks
6.13 E-mail		6.14 Adres www	

7. Dane pełnomocnika Beneficjenta

7.1 Nazwisko / Nazwa		7.2 Imię	7.3 Stanowisko / Funkcja
7.4 Kraj (wybierz z listy)	7.5 Województwo nie dotyczy	7.6 Powiat	7.7 Gmina
7.8 Kod pocztowy	7.9 Poczta	7.10 Miejscowość	7.11 Ulica
7.12 Nr domu	7.13 Nr lokalu	7.14 Telefon stacjonarny / komórkowy	7.15 Faks
7.16 E-mail		7.17 Adres www	

8. Dane osoby uprawnionej do kontaktu

8.1 Nazwisko	8.2 Imię	8.3 Telefon stacjonarny / komórkowy
8.4 Faks	8.5 E-mail	

III. DANE Z UMOWY O PRYZNANIU POMOCY

1. Nazwa Funduszu: *Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich*
2. Numer umowy: - 6 9 3 5 - U M /
3. Data zawarcia umowy: - - 2 0
dzień miesiąc rok
4. Kwota pomocy z umowy przyznana dla danej transzy: zł

IV. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

1. Wniosek za okres: od - - 2 0 do - - 2 0
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok
2. Wnioskowana kwota pomocy w ramach danej transzy: zł