

Nazwa Zarządu Województwa**

Adres: ulica, nr, kod pocztowy, miejscowość

....., dnia

P-3/449

**Departament Księgowości
ARiMR**

Adres: ulica, nr

Kod pocztowy, miejscowość

Znak sprawy:

Sprawa: wstrzymanie realizacji/ zwrot* dokumentu finansowo-księgowego.

W związku z przekazanym Zlecen Płatności/Zleceniem Korygującym do Zlecenia 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* ww. dokumentu z następującego
powodu:

*niepotrzebne usunąć

**uzupełnić nazwę Zarządu Województwa

Sprawę prowadzi

Nr telefonu adres e-mail