…………….., dn………. ..... r.

**Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego**

**Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego**

**Oddział Płatności**

**ul. Sienkiewicza 63**

**25-002 Kielce**

***Oświadczenie do wniosku o płatność nr … dotyczące płatności zaliczkowej / refundacyjnej\****

*Nazwa Beneficjenta\*:*

*Typ Beneficjenta\*: jst[[1]](#footnote-1) / nie jst*

*Nazwa Partnera Projektu\*\*:*

Proszę o przekazanie środków dofinansowania na rachunek bankowy Beneficjenta/Partnera\* w następującym podziale:

1. kwota ……………..zł, stanowi wydatek inwestycyjny, w tym środki EFRR ….. zł i środki BP …… zł \*,
2. kwota ……………..zł, ……..gr stanowi wydatek nieinwestycyjny, w tym środki EFRR ….. zł i środki BP …… zł \*.

**………………………………………………………………..***(podpis Beneficjenta lub osoby upoważnionej zgodnie z umową o dofinansowanie)*

**Uwagi:**

Wypełniony dokument należy przesłać do Instytucji Zarządzającej PR FEŚ 2021-2027   
w systemie korespondencji CST2021.

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - dotyczy partnera, na rachunek którego ma zostać przekazana płatność

1. jst – jednostka samorządu terytorialnego [↑](#footnote-ref-1)