

Załącznik nr II.8.4.1 Lista sprawdzająca dla Instytucji Zarządzającej przy dokonywaniu weryfikacji Zlecenia płatności



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



**Lista sprawdzająca
dla Instytucji Zarządzającej przy dokonywaniu weryfikacji Zlecenia płatności**

Nazwa Beneficjenta

Nr Projektu

Nr wniosku o płatność

Data wpływu

LP	WYSZCZEGÓLNIENIE	TAK/NIE/ nie dotyczy	UWAGI
2	Czy prawidłowo i został oznaczony Program Operacyjny?		
3	Czy prawidłowo został oznaczony Priorytet?		
4	Czy zlecenie płatności określa właściwe Działanie?		
5	Czy prawidłowo wskazano nr umowy o dofinansowanie projektu?		
6	Czy prawidłowo został oznaczony numer i nazwa projektu?		
7	Czy nazwa i adres Beneficjenta jest zgodna z umową o dofinansowanie projektu?		
8	Czy nazwa właściciela i numer rachunku bankowego Beneficjenta jest zgodny z umową o dofinansowanie projektu?		
10	Czy kwota środków określona w zleceniu płatności nie przekracza łącznej kwoty dofinansowania na projekt, z uwzględnieniem wypłaconych do tej pory transz dotacji?		
12	Czy prawidłowa została oznaczona klasyfikacja budżetowa (dział, rozdział, paragraf)?		
14	Czy zlecenie płatności zostało wystawione na podstawie zatwierdzonego wniosku o płatność ?		
15	Czy wydruk zlecenia płatności został paraflowane przez właściwe przez osoby do tego upoważnione?		
16	Czy nie przekroczono limitu środków określonych w upoważnieniu z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych?		

WNIOSKI ZE SPRAWDZENIA LISTY KONTROLNEJ			
L.p.	Wyszczególnienie	TAK/NIE/ nie dotyczy	Uwagi
1	Czy zlecenie płatności wymaga dodatkowych wyjaśnień/korekt ze strony Referatu rozliczeń i płatności?		
2	Czy przygotowane zlecenie płatności może zostać zatwierdzone do realizacji?		
Zatwierdzona kwota			
Sprawdził: Pracownik Referatu Finansów i Monitorowania		Data:	Podpis:
Zatwierdzam: Kierownik Referatu Finansów i Monitorowania		Data:	Podpis: