

miejsowość, data.....

<sygnatura sprawy>

Nazwa i adres Grantobiorcy

**Dotyczy: Wezwanie do zwrotu środków lub do wyrażenia zgody na pomniejszenie kolejnych płatności<sup>1</sup> w ramach Umowy o dofinansowanie na realizację projektu objętego grantem nr**

.....

Województwo Kujawsko-Pomorskie w związku ze stwierdzeniem, że przekazane środki w ramach Umowy o dofinansowanie na realizację projektu objętego grantem nr ..... zostały wykorzystane nieprawidłowo, wzywa Grantobiorcę .....(nazwa Grantobiorcy) do zwrotu środków w kwocie ..... zł (słownie: .....) lub do wyrażenia zgody na pomniejszenie kolejnych płatności środków grantu z tytułu ..... wraz z odsetkami liczymy jak dla zaległości podatkowych za okres od dnia przekazania dofinansowania do dnia zwrotu.

Uzasadnienie:

<należy wskazać przesłanki dotyczące stwierdzonych nieprawidłowości>

Z uwagi na stwierdzenie nieprawidłowości w wykorzystaniu powierzonych środków na podstawie Umowy o dofinansowanie na realizację projektu objętego grantem nr ....., Grantobiorca jest zobowiązany na podstawie § 18 Umowy o dofinansowanie na realizację projektu objętego grantem, do zwrotu otrzymanych środków.

Powyższą kwotę należy zwrócić w terminie **14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania niniejszego wezwania** na rachunek bankowy projektu grantowego nr ..... Grantobiorca zobowiązany jest dokonać opisu przelewu zwracanych środków ze wskazaniem:

- 1) numeru Umowy o dofinansowanie na realizację projektu objętego grantem;
- 2) informacji o kwocie głównej i kwocie odsetek;
- 3) tytułu zwrotu;
- 4) roku, w którym zostały przekazane środki, których dotyczy zwrot.

Kwota należności głównej wraz z odsetkami określonej jak dla zaległości podatkowych na dzień .....(data wystawienia wezwania) wynosi łącznie ..... zł (słownie: .....). Do powyższej kwoty należy doliczyć odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

od dnia ..... do dnia faktycznego przekazania środków na rachunek bankowy projektu grantowego.

Ponadto Grantobiorca zobowiązany jest do pisemnego poinformowania Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko – Pomorskiego o dokonaniu zwrotu na wskazany rachunek. Do pisma należy dołączyć, potwierdzone za zgodność z oryginałem, kopie wyciągów bankowych (lub dowód potwierdzenia zrealizowania przelewu/wpłaty) stanowiące udokumentowanie dokonanego zwrotu.

W przypadku braku zwrotu środków w wyznaczonym terminie Departament Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko – Pomorskiego zobowiązany będzie do podjęcia czynności zmierzających do odzyskania należnych środków z wykorzystaniem dostępnych środków prawnych.

Ponadto Departament Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko – Pomorskiego informuje, iż niedokonanie zwrotu środków w wyznaczonym terminie będzie skutkowało przekazaniem informacji o tym fakcie do Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020.

W razie pytań proszę o kontakt z Panem/Panią <imię i nazwisko osoby prowadzącej>, pod numerem tel. <nr telefonu>, adres e-mail <adres e-mail osoby prowadzącej>.