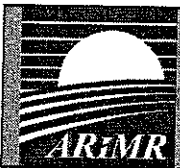


26/09 Beneficjent

R-1/174



RAPORT Z CZYNNOCI KONTROLNYCH
NR 1001/68064/0015/09
Z TYTUŁU REALIZACJI POMOCY TECHNICZNEJ PROW 2007-2013

ZNAK SPRAWY	WYKONAWCA KONTROLI
DKM-6940-1001-3-000007/09	Departament Kontroli na Miejscu - WKDSS

DANE BENEFICJENTA

NAZWA BENEFICJENTA
Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego

NIP: 8512543564 REGON: 811686780

NR IDENTYFIKACYJNY: 062567432 NR/DATA PODPISANIA UMOWY: Nr 007/09 - 04.09.2009 r.

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA BENEFICJENTA
Władysław Husejko

NAZWA OPERACJI
Wykonanie listowników i aktówki z logo Krajowej Sieci Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 w Województwie Zachodniopomorskim w 2008 roku

TERMIN ZREALIZOWANEJ OPERACJI/ETAPU
Operacja/etap nr.....:01.01.2008 - 31.12.2008

ADRES SIEDZIBY BENEFICJENTA

WOJEWÓDZTWO: Zachodniopomorskie POWIAT: GMINA: MIEJSCOWOŚĆ: Szczecin
KOD POCZTOWY: 70-540 POCZTA: Szczecin
ULICA: Korsarzy NR DOMU: 34 NR LOKALU: -
TELFON: (091) 312 93 22 FAX: (091) 312 93 22 E-MAIL: p.buczowska@wzp.pl

ADRES KORESPONDENCYJNY jak wyżej

WOJEWÓDZTWO: POWIAT: GMINA: MIEJSCOWOŚĆ: NR DOMU: NR LOKALU: TELFON: FAX: E-MAIL:

Informacje zawarte w raporcie z czynności kontrolnych stanowią dane osobowe i podlegają ochronie na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

Podpis przedstawiciela Beneficjenta lub osoby upoważnionej:

Podpisy Inspektorów:

Str. 1/4

DYREKTOR Władysław Husejko
Wydziału Programów
Rozwoju Obszarów Wiejskich

Raport z czynności kontrolnych - Formularz ustaleń podstawowych

Numer dokumentu: .1001/68064/0015/09..... Znak sprawy .DKM-6940-1001-3-000007/09.

PRZEPROWADZENIE KONTROLI

Kontrola została zrealizowana?		Jeśli NIE podać przyczynę:
TAK <input checked="" type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	_____

DANE OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH KONTROLE

Inspektorzy:	Imię:	Nazwisko:	Nr upoważnienia/data wystawienia
Kierownik zespołu kontrolnego	Jan	Barwicki	PROW/DKM/11/09 13.08.2009
Inspektor	Andrzej	Chrobak	PROW/DKM/10/09 13.08.2009

DANE OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

Przedstawiciele MRIRW	—	—	—
	—	—	—
Przedstawiciele DPT/ARIMR	—	—	—
	—	—	—

POWIADOMIENIE O KONTROLI (WG ARIMR)

Powiadomiono o kontroli TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Data 30.11.2009	Sposób telefonicznie	Osoba powiadomiona Paulina Buczkowska
Kto powiadomił? Joanna Popłonyk			

OSOBA UPOWAŻNIIONA DO REPREZENTOWANIA BENEFICJENTA

Imię Władysław	Nazwisko Flusejko	Dokument tożsamości	Seria i numer dokumentu
-------------------	----------------------	---------------------	-------------------------

POWIADOMIENIE O KONTROLI (WG BENEFICJENTA)

Powiadomiono o kontroli TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Data 30.11.2009	Sposób telefonicznie	Osoba powiadomiona Paulina Buczkowska
---	--------------------	-------------------------	--

Podpis przedstawiciela Beneficjenta
lub osoby upoważnionej

Podpisy Inspektorów

Str.
214

DYREKTOR
Władysław Flusejko
Wydziału Programów
Rozwoju Obszarów Wiejskich
Cezary Szeliga

Raport z czynności kontrolnych - Formularz kontroli operacji

Numer dokumentu: . 1001/68064/0015/09.....Znak sprawy . DKM-6940-1001-3-000007/09.....

Lp.	Zakres kontroli	Tak	Nie	N/D	UWAGI
1.	Wydatki poniesione w ramach operacji znajdują swoje odzwierciedlenie w skontrolowanych dokumentach oraz zapisach księgowych (dot. postaci papierowej i elektronicznej)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
2.	Umowy zawarte z innymi podmiotami dotyczące realizowanej operacji sporządzone są prawidłowo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
3.	Operacja jest realizowana/została zrealizowana w zakresie finansowym zgodnie z umową nr.....007/09.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
4.	Operacja jest realizowana/została zrealizowana w zakresie rzeczowym zgodnie z umową nr.....007/09.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
5.	Faktury lub inne dokumenty księgowe o równorzędnej wartości dowodowej (podlegające kontroli) spełniają wszystkie formalne wymogi związane z zasadami wystawiania dokumentów	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
6.	Daty na fakturach lub innych dokumentach księgowych o równorzędnej wartości dowodowej (podlegających kontroli) dotyczą okresu realizacji operacji	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
7.	Faktury lub inne dokumenty księgowe o równorzędnej wartości dowodowej (podlegające kontroli) zostały zapłacone	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
8.	Zakupiony w ramach operacji sprzęt/wyposażenie został wpisany do ewidencji środków trwałych beneficjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
9.	Zakupiony w ramach operacji sprzęt/wyposażenie jest odpowiednio oznaczony (numer inwentarzowy, logo programu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
10.	Zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) osób wykonujących zadania związane z operacją zostało przeprowadzone prawidłowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
11.	Zatrudnienie (na podstawie umowy cywilno-prawnej) osób wykonujących zadania związane z operacją zostało przeprowadzone prawidłowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			
12.	Występują inne uchybienia, które nie są ujęte w pkt 1-11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	—
	Kody pokontrolne	—			

Podpis przedstawiciela Beneficjenta lub osoby upoważnionej

[Signature]

Włodzisław Husejko

Podpisy Inspektorów

[Signature] *[Signature]*

Str.

314

DYREKTOR
Wydziału Programów
Rozwoju Obszarów Wiejskich

[Signature]
Cezary Szeliga

Raport z czynności kontrolnych - Formularz ustaleń końcowych

Numer dokumentu: 1001/68064/0015/09..

Znak sprawy. DKM-6940-1001-3-000007/09....

KODY POKONTROLNE W ODNIESIENIU DO KONTROLOWANEGO BENEFICJENTA

PO1

UWAGI INSPEKTORÓW

Brak uwag

ZALĄCZNIKI DO RAPORTU Z CZYNNOSCI KONTROLNYCH

1. —
2. —
3. —
4. —

Czynności kontrolne przeprowadzone są w oparciu o zapisy Ustawy z dnia 7 marca 2007 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (Dz. U. 2007 Nr 64 poz. 427 z późn.zm) oraz Rozporządzenia Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 31 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przeprowadzania kontroli na miejscu i wizytacji w miejscu w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2007-2013 (Dz. U. 2007 Nr 168 poz.1181).

Pouczenie:

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 31 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przeprowadzania kontroli na miejscu i wizytacji w miejscu w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz. U. 2007 Nr 168 poz. 1181) podmiot kontrolowany ma możliwość:

- przekazania jednostce kontrolującej podpisanego raportu w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania,
- zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do ustaleń zawartych w raporcie. Zgłoszenia należy dokonać **przed podpisaniem raportu** w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania,
- odmawiając podpisania raportu, złożyć w terminie 7 dni od dnia otrzymania raportu albo od dnia otrzymania stanowiska o nieuwzględnieniu w całości lub części zgłoszonych zastrzeżeń, pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

Jeżeli jednostka kontrolująca nie otrzyma w terminie podpisanego raportu ani umotywowanych zastrzeżeń, uznaje się, że podmiot kontrolowany odmówił podpisania raportu.

Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych	01.12.2009 13:00		04.12.2009 10:00	
	data i godzina rozpoczęcia czynności kontrolnych		data i godzina zakończenia czynności kontrolnych	
Przerwy w wykonywaniu czynności kontrolnych	—			
	okresy przerw w wykonywaniu czynności kontrolnych			
Data i miejsce sporządzenia raportu	04.12.2009		Siedziba beneficjenta - Szczecin	
	dd/mm/rrrr		miejsce sporządzenia raportu	
Inspektorzy	Imię	Nazwisko	Podpis	
	Jan	Barnicki		
	Andrzej	CHROBAK	MARSZAŁEK WÓJEWÓDZTWA	
Beneficjent	4.12.2009			
	data podpisania Raportu		Podpis	
	4.12.2009			
data otrzymania Raportu		Podpis		

Str. 414

DYREKTOR
Wydziału Programów
Rozwoju Obszarów Wiejskich

Cezary Szeliga

OBJAŚNIENIA KODÓW POKONTROLNYCH STOSOWANYCH W RAPORCIE	
Kod	Opis
Kody ogólne	
PO1	Nie stwierdzono uchybień
PO2	Beneficjent uniemożliwił przeprowadzenie kontroli
PO3	Stwierdzono uchybienia szczegółowe
PO4	Nie podjęto próby przeprowadzenia kontroli z powodów niezależnych od Beneficjenta
Kody szczegółowe	
PS1	Wydatki poniesione w ramach operacji nie znajdują odzwierciedlenia w skontrolowanych dokumentach
PS2	Umowy sporządzone z innymi podmiotami dotyczące realizowanego przedsięwzięcia wykazały nieprawidłowości
PS3	Operacja jest realizowana /została zrealizowana w zakresie finansowym niezgodnie z umową
PS4	Operacja jest realizowana /została zrealizowana w zakresie rzeczowym niezgodnie z umową
PS5	Faktury lub inne dokumenty księgowe o równorzędnej wartości dowodowej nie spełniają wymagań przewidzianych dla wystawiania tego rodzaju dokumentów - dotyczy to zarówno kopii, jak i oryginałów tych dokumentów.
PS6	Daty na fakturach lub innych dokumentach księgowych o równorzędnej wartości dowodowej (podlegających kontroli) nie dotyczą okresu realizacji operacji
PS7	Faktura lub inne dokumenty księgowe o równorzędnej wartości dowodowej nie są zapłacone
PS8	Zakupiony w ramach operacji sprzęt/wyposażenie nie został wpisany do ewidencji środków trwałych beneficjenta
PS9	Zakupiony w ramach operacji sprzęt/wyposażenie jest nieodpowiednio oznaczony
PS10	Zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) osób wykonujących zadania związane z operacją wykazało nieprawidłowości
PS11	Zatrudnienie (na podstawie umowy cywilnoprawnej) osób wykonujących zadania związane z operacją wykazało nieprawidłowości
PS12	Stwierdzono inne nieprawidłowości