

RAPORT Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

NR 05/413/0084/13

R-01/167

(nr woj./nr działania/ nr rap./rok)

PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2007-2013

ZNAK SPRAWY

UM05-6930-UM0540295/10

NR IDENTYFIKACYJNY

0 6 1 8 9 8 4 5 4

I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)

Nazwa działania:	Wdrażanie LSR (małe projekty)	Data otrzymania zlecenia	21/05/2013 r. dd/mm/rrrr
Rodzaj kontroli			
1. Wizytacja w miejscu na zlecenie 2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania 3. Kontrola zadania w trakcie realizacji 4. Rekontrola 5. Inne czynności kontrolne		☐ ☐ ☐ ☐ ☒	
Kontrola dotyczy nw. etapu obsługi wniosku:			
1. Wniosek o przyznanie pomocy 2. Wniosek o płatność 3. Etap ex-post		☐ ☐ ☒	

2. Przeprowadzający kontrolę	Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego 21/05/2013
------------------------------	--

II. DANE PODMIOTU KONTROLOWANEGO

1. Nazwa podmiotu kontrolowanego	GMINA MAKÓW	
	NIP	8 3 6 1 5 4 4 2 0 5 REGON 7 5 0 1 4 8 3 3 1
2. Adres/siedziba/lokalizacja operacji/działek ¹	Województwo	ŁÓDZKIE
	Powiat/gmina	SKIERNIEWICKI MAKÓW
	Miejscowość/kod	Dąbrowice 96-124
	Ulica/nr domu/lokalu/działki	Nr ewid. dz. 359/1, 512, obręb nr 1
	Tel.	Fax
	E-mail	
3. Siedziba i adres podmiotu kontrolowanego ² (wypełniać w przypadku, gdy różny od powyższego)	Województwo	ŁÓDZKIE
	Powiat/gmina	SKIERNIEWICKI MAKÓW
	Miejscowość/kod	MAKÓW 96-124
	Ulica i nr domu/lokalu	GLÓWNA 12
	Tel.	46 831 20 17 Fax 46 831 20 09
	E-mail	makow@gminy.pl

¹ wypełnić lokalizację właściwą dla przeprowadzanej kontroli² Wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania/siedziby jest różny od adresu wskazanego w pkt. 2 Lokalizacja operacji/działek rolnych.

Podpis podmiotu kontrolowanego

WÓJT
Jerzy Stankiewicz

Podpisy kontrolujących

Główny Specjalista

Józef Gorzelańczyk

PODINSPEKTOR

Aneta Zasada

1.	Imię i Nazwisko		Stanowisko/funkcja	
2.	Imię i Nazwisko		Stanowisko/funkcja	

IV. POWIADOMIENIE O CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH

1.	Powiadomienie o kontroli TAK ☐ NIE ☒	Sposób powiadomienia		Data	Osoba powiadamiana	Osoba powiadamiająca
		Telefon	☐			
		List polecony	☐			
		Inne	☐			

V. PRZEPROWADZENIE CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

1. Kontrola została zrealizowana?	Jeśli NIE podać przyczynę:
TAK ☒ NIE ☐	

VI. DANE OSOBOWE OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH

1.	Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia
	Kierownik zespołu kontrolnego:	Józef	Gorzelańczyk	Nr upoważnienia: 05/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
	Członek zespołu:	Aneta	Zasada	Nr upoważnienia: 11/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
2.	Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości
		Jerzy	Stankiewicz	Dowód osobisty: 960780109

VII. UWAGI

Uwagi kontrolujących:

Beneficjent nie został poinformowany o planowanych czynnościach kontrolnych (kontrola *ad hoc*). Czynności kontrolne podjęto w wyniku skargi.

Przeprowadzono również czynności kontrolne dla wizytacji w miejscu, gdyż operacja nie była wcześniej kontrolowana.

Podpis podmiotu kontrolowanego	WÓJT <i>Jerzy Stankiewicz</i>	Podpisy kontrolujących	Główny Specjalista <i>Józef Gorzelańczyk</i> PODIINSPEKTOR <i>Aneta Zasada</i>
---------------------------------------	--	-------------------------------	---