

RAPORT Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

NR 05/413/0085/13

R-01/167

(nr woj./nr działania/ nr rap./rok)

PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2007-2013

ZNAK SPRAWY

UM05-6930-UM0530035/10

NR IDENTYFIKACYJNY

0 6 1 8 9 8 4 5 4

I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)

Nazwa działania:	413 „ Wdrażanie Lokalnych Strategii Rozwoju” w ramach działania „Odnowa i Rozwój Wsi”	Data otrzymania zlecenia	21/05/2013 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	JACÓCHÓW	99-420
	Ulica/nr domu/lokalu/działki	Działka nr 391/1, obręb nr 2	
	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	Ul. GŁÓWNA 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

WÓJCI
Jerzy Stankiewicz

Podpisy kontrolujących

Główny specjalista

Sylvia Kospin

PODINSPEKTOR

Michał Szymczak

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

Informacje uzyskane w wyniku kontroli stanowią dane osobowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych i podlegają ochronie na podstawie przepisów tej ustawy (DzU z 2002 r., nr 101, poz. 926 ze zm.).

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

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

1.	Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia
	Kierownik zespołu kontrolnego:	Sylwia	Kospin	Nr upoważnienia: 17/2013 Data wystawienia: 02.04.2013 r.
	Członek zespołu:	Michał	Szymczak	Nr upoważnienia: 12/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
2.	Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości
		Jerzy	Stankiewicz	Dowód osobisty: 66214075

Uwagi kontrolujących:

Podpis podmiotu kontrolowanego	WÓJT <i>Jerzy Stankiewicz</i>	Podpisy kontrolujących	Główny Specjalista <i>Sylwia Kospin</i>
			PODINSPEKTOR <i>Michał Szymczak</i>