

RAPORT Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

NR 05/413/0089/13

(nr woj./nr działania/ nr rap./rok)

PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2007-2013

R-01/167

ZNAK SPRAWY

UM05-6930-UM0540008/09

NR IDENTYFIKACYJNY

0 6 1 8 9 8 4 5 4

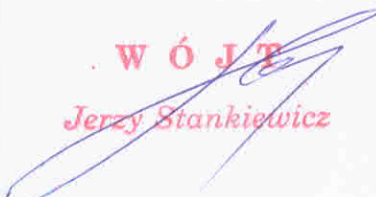
I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)

1.	Nazwa działania:	413 „Wdrażanie Lokalnych Strategii Rozwoju”	Data otrzymania zlecenia	21/05/2013 r.
				dd/mm/rrrr
1.	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	☐ ☐ ☐ ☐ ☒		
1.	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	Wola Makowska	96-124	
		Ulica/nr domu/lokalu/działki	Wola Makowska obręb nr 11, działka nr 752		
		Tel.		Fax	
		E-mail			
3.	Siedziba i adres podmiotu kontrolowanego ² (wypełnić 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	 WÓJT Jerzy Stankiewicz	Podpisy kontrolujących	INSPEKTOR Justyna Paturaj Podinspektor Piotr Budzisz Podinspektor Joanna Burzyńska Podinspektor Kubiak Magdalena Kubiak
--------------------------------	---	------------------------	---

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	☐			

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

1.	Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia
	Kierownik zespołu kontrolnego:	Justyna	Paturaj	Nr upoważnienia: 09/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
	Członek zespołu:	Piotr	Budzisz	Nr upoważnienia: 15/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
		Joanna	Burzyńska	Nr upoważnienia: 14/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
		Magdalena	Kubiak	Nr upoważnienia: 13/2013 Data wystawienia: 02.01.2013 r.
2.	Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości
		Jerzy	Stankiewicz	Dowód osobisty:

[illegible]

Podpis podmiotu kontrolowanego	WÓJT Jerzy Stankiewicz	Podpisy kontrolujących	Justyna Paturaj Podinspektor
			Piotr Budzisz Podinspektor
			Joanna Burzyńska

INSPEKTOR

Justyna Paturaj

Podinspektor

Podinspektor **Dziot Budzisz**

Joanna Burzyńska

Podinspektor

-ARiMR/7/z
wiedzona 7