

2009-01-29

Publiność dnia 2009-01-29

55 godz. XXX

R-4a/04

PROTOKÓŁ Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH*
NR OR11/3.1/a/C/002/09 z dnia...29...01...2009r.
(nr OR/ nr działania /a/ etap/ nr prot./rok)

SEKTOROWY PROGRAM OPERACYJNY RESTRUKTURYZACJA I MODERNIZACJA SEKTORA ŻYWNOŚCIOWEGO ORAZ ROZWÓJ OBSZARÓW WIEJSKICH 2004 – 2006 PRIORYTET 3 POMOC TECHNICZNA

ZNAK SPRAWY	DATA WYDRUKU
OR00-61420-OR0000123/05	16.01.2009r.

WYKONAWCA KONTROLI

ARiMR/OR/DAP Biuro kontroli na Miejscu, ul. Kollataja 1, 81-332 Gdynia

ETAP REALIZACJI KONTROLI:

Priorytet 3 Pomoc techniczna
Działanie: 3.1 Wspieranie systemu zarządzania i wdrażania Programu

- I. Kontrola na zlecenie WAPPT/WOSIS² w DOWO
 Kontrola w wyniku typowania DKM
 Rekontrola
 Rozpatrzenie zastrzeżeń do Protokołu
 II. Wniosek beneficjenta o płatność pośrednią/końcową
 Etap związania celem

I. Dane osobowe/adresowe

Jednostka kontrolowana

1. Nazwa Beneficjenta	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	
2. Lokalizacja projektu	Województwo pomorskie gmina miejska Gdańsk	powiat Grodzki Gdańsk miejsowość Gdańsk
3. Adres siedziby Beneficjenta	Województwo pomorskie Gmina Gdańsk miejsowość Gdańsk	powiat Gdańsk kod pocztowy 80-810 ul. Okonowa 21/27
4. Osoba reprezentująca ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) X - Stanowisko Marszałek Województwa Pomorskiego Nr telefonu 058 326-15-55 Adres poczty elektronicznej	Nazwisko l X X Nr faksu 058 326-15-56 umwp@woj-pomorskie.pl
5. Pełnomocnik ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) X - Stanowisko Członek Zarządu Województwa Pomorskiego Nr telefonu 058 326-15-04 Adres poczty elektronicznej	Nazwisko X X X Nr faksu 058 326-15-07
6. Dane osoby/osób uprawnionych do kontaktu	Imię (imiona) X X Stanowisko Kierownik biura ds. Sektorowego Programu Operacyjnego Nr telefonu 058 326-16-59 Adres poczty elektronicznej wbwp@woj-pomorskie.pl	Nazwisko X X X
	Imię (imiona) X X Stanowisko Podinspektor – Biuro ds. Sektorowego Programu Operacyjnego Nr telefonuNr faksu..... Adres poczty elektronicznej.....	Nazwisko X X X

Inspektorzy Terenowi w BKM/Pracownicy DOWO przeprowadzający kontrolę

7. Imię	Nazwisko	Stanowisko
X X	X X	Naczelnik
		Gł. Specjalista

II. Powiadomienie o kontroli

1. Data	Sposób powiadomienia	Osoba powiadomiona
16.01.2009r. godz. 10.00	Telefon nr 058 326-15-55 /List polecony ²	X X

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI ³	X X	PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	X X
		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	X X
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ			

¹ P – Wniosek beneficjenta o płatność; C – związanie celem
² Niepotrzebne skreślić
³ Osoba obecna przy kontroli to osoba zapisana w polu 14, 15 lub 16.

III. Wynik kontroli			
Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli: 08/10/2008r.			
Osoba obecna przy kontroli	Rodzaj dokumentu tożsamości	Numer dokumentu tożsamości	
X X X	X X	X X	
		TAK	NIE ND
Czy przeprowadzono kontrole?			
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
.....			
Czy sprawdzono wszystkie punkty zlecenia z WAPPT/WOSiS w DOWO?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
.....			
Czy sprawdzono wszystkie punkty Załącznika do Protokołu z czynności kontrolnych?			
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
.....			
Czy inwestycja nie została rozpoczęta przed 1 maja 2004 r. a w przypadku projektu w odniesieniu do którego zastosowano procedurę udzielania zamówień publicznych przed 2 marca 2004 r.			
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
.....			
Czy kopie dokumentów załączonych do zlecenia z WAPPT/WOSiS w DOWO są zgodne z oryginałami?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
.....			
Czy osoba obecna przy kontroli podpisała Protokół z czynności kontrolnych?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
.....			
Załączniki:			
1.	Załącznik R-4/104/a/3.1/c		
2.	Protokół		
3.		
4.		
5.		

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI	X X	PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	X X
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	X X

IV. Zatwierdzenie Protokołu z czynności kontrolnych		TAK	NIE
1.	Przesłanie Protokołu z czynności kontrolnych drogą pocztową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egzemplarz <i>Protokołu</i> wysłano w dniu <input type="text"/> Listem poleconym nr <input type="text"/> Podpis pracownika wysyłającego Protokół <input type="text"/>		TAK	NIE
2.	Czy <i>Protokół z czynności kontrolnych</i> sporządzono poprawnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
3. Wyjaśnienia Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO			
.....			
.....			
.....			
Podpisy Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		TAK	NIE
4.	Protokół z czynności kontrolnych zatwierdzam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
Podpis osoby zatwierdzającej Protokół			
Data	/...../2009r.	
Podpis i pieczęć		<input type="text"/>	

⁶ W przypadku kontroli przeprowadzanych przez DAPt, Protokół przekazywany jest do jednostki organizacyjnej ARiMR zgodnie z instrukcją kancelaryjną

*Na podstawie art. 52 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz.U. Nr 116, poz. 1206, z późn. zm.) oraz w nawiązaniu do §2 i §3 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 27 kwietnia 2007 r. w sprawie trybu kontroli realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych oraz Funduszu Spójności (Dz. U. Nr 90, poz. 602).

2009-01-20

Wpłynęło dnia

Nr

56

sekcja

A

XX

R-4a/04

PROTOKÓŁ Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH*

NR OR11/3.3/a/C/001/09 z dnia...19.01.../2009r.

(nr OR/ nr działania /a/ etap/ nr prot./rok)

SEKTOROWY PROGRAM OPERACYJNY RESTRUKTURYZACJA I MODERNIZACJA SEKTORA ŻYWNOŚCIOWEGO ORAZ ROZWÓJ OBSZARÓW WIEJSKICH 2004 – 2006 PRIORYTET 3 POMOC TECHNICZNA

ZNAK SPRAWY

DATA WYDRUKU

OR00-61422-OR0000019/04

16.01.2009r.

WYKONAWCA KONTROLI

ARIMR/OR/DAP

Biuro Kontroli na Miejscu, ul. Kollataja 1, 81-332 Gdynia

ETAP REALIZACJI KONTROLI:

Priorytet 3 Pomoc techniczna

Działanie 3.3 Informowanie i promocja Programu

I. Kontrola na zlecenie WAPPT/WOSiS² w DOWO

Kontrola w wyniku typowania DKM

Rekontrola

Rozpatrzenie zastrzeżeń do Protokołu

II. Wniosek beneficjenta o płatność pośrednią/końcową

Etap związania celem

I. Dane osobowe/adresowe

Jednostka kontrolowana

1.	Nazwa Beneficjenta	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego	
2.	Lokalizacja projektu	Województwo pomorskie powiat Bytów, Chojnice, Człuchów, Gdańsk, Kartuzy, Kościerzyna, Kwidzyn, Lębork, Malbork, Nowy Dwór Gdański, Puck, Słupsk, Starogard Gdański, Tczew, Wejherowo, Sztum	
3.	Adres siedziby Beneficjenta	Województwo pomorskie powiat Gdańsk Gmina Gdańsk kod pocztowy 80-810 miejscowość Gdańsk ul. Okonowa 21/27	
4.	Osoba reprezentująca ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) X Nazwisko X X Stanowisko Marszałek Województwa Pomorskiego Nr telefonu 058 326-15-55 Nr faksu 058 326-15-56 Adres poczty elektronicznej umwp@woj-pomorskie.pl	
5.	Pełnomocnik ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) Nazwisko..... Stanowisko..... Nr telefonu Nr faksu..... Adres poczty elektronicznej.....	
6.	Dane osoby/osób uprawnionych do kontaktu	Imię (imiona) X X Nazwisko X Stanowisko Kierownik biura ds. Sektorowego Programu Operacyjnego Nr telefonu 058 326-16-59 Nr faksu 058 326-16-73 Adres poczty elektronicznej wbwp@woj-pomorskie.pl Imię (imiona) X Nazwisko X Stanowisko Podinspektor – Biuro ds. Sektorowego Programu Operacyjnego Nr telefonu 058 326-16-76 Nr faksu 058 326-16-73 Adres poczty elektronicznej X X X	

Inspektorzy Terenowi w BKM/Pracownicy DOWO przeprowadzający kontrolę

7.	Imię	Nazwisko	Stanowisko
X		X	Naczelnik
			Gł. Specjalista

II. Powiadomienie o kontroli

1.	Data	Sposób powiadomienia	Osoba powiadomiona
	16.01.2009r. godz 10.00	Telefon nr 058 326-15-55 /List poleceony ²	X X

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI ¹	X X X	PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	X X
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	X X

¹ P – Wniosek beneficjenta o płatność; C – związanie celem² Niepotrzebne skreślić³ Osoba obecna przy kontroli to osoba zapisana w polu 14, 15 lub 16.

III. Wynik kontroli			
Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli: 21/10/2008r.			
Osoba obecna przy kontroli	Rodzaj dokumentu tożsamości	Numer dokumentu tożsamości	
X X	X X	X	X X X
		TAK	NIE ND
Czy przeprowadzono kontrolę?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy sprawdzono wszystkie punkty zlecenia z WAPPTAWOSiS w DOWO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy sprawdzono wszystkie punkty z Załącznika do Protokołu z czynności kontrolnych?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy inwestycja nie została rozpoczęta przed 1 maja 2004 r. a w przypadku projektu w odniesieniu do którego zastosowano procedurę udzielania zamówień publicznych przed 2 marca 2004 r.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy kopie dokumentów załączonych do zlecenia z WAPPTAWOSiS w DOWO są zgodne z oryginałami?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Czy osoba obecna przy kontroli podpisała Protokół z czynności kontrolnych?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:			
Załączniki:			
1.	ZaT R-4/04/013/3/C		
2.	inowocymetwo z chm		
3.			
4.			
5.			

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI	X X	RAFA INSPEKTORA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓL		RAFA INSPEKTORA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

V. Zatwierdzenie Protokołu z czynności kontrolnych		TAK	NIE
Przesłanie Protokołu z czynności kontrolnych drogą pocztową		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egzemplarz Protokołu wysłano w dniu	<input type="text"/>	Listem poleconym nr	<input type="text"/>
Podpis pracownika wysyłającego Protokół	<input type="text"/>		
		TAK	NIE
2. Czy Protokół z czynności kontrolnych sporządzono poprawnie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
3. Wyjaśnienia Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO			
.....			
.....			
.....			
4. Podpisy Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
imię i nazwisko		imię i nazwisko	
		TAK	NIE
4. Protokół z czynności kontrolnych zatwierdzam		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
Podpis osoby zatwierdzającej Protokół			
Data	/...../2009r.	
Podpis i pieczęć		<input type="text"/>	

* W przypadku kontroli przeprowadzanych przez DAPt, Protokół przekazywany jest do jednostki organizacyjnej ARiMR zgodnie z instrukcją kancelaryjną.

* Na podstawie art. 52 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz.U. Nr 116, poz. 1206, z późn. zm.) oraz w nawiązaniu do §2 i §3 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 27 kwietnia 2007 r. w sprawie trybu kontroli realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych oraz Funduszu Spójności (Dz. U. Nr 90, poz. 602).