

INFORMACJA POKONTROLNA
NR OR11/4.3/b/P/125/08 z dnia 30.10/2008r.
(nr OR/ nr działania /b/ etap/ nr prot./rok)

SEKTOROWY PROGRAM OPERACYJNY RYBOŁÓWSTWO I PRZETWÓRSTWO RYB 2004 - 2006

ZNAK SPRAWY	DATA WYDRUKU
OR11-61532-OR1100082/08	27.10.2008r.

WYKONAWCA KONTROLI

ARIMR: ODDZIAŁ REGIONALNY	Biuro Kontroli na Miejscu, ul. Kollataja 1, 81-332 Gdynia.
---------------------------	---

Priorytet: 4. Inne działania
 Działanie: 4.3 Znajdowanie oraz promowanie nowych
 rynków zbytu na produkty rybne
 Operacja: 4.3.1 Kampanie promocyjne produktów
 rybnych

KONTROLA NA ETAPIE:

I. Kontrola na zlecenie BWI/DR/DOWO	<input checked="" type="checkbox"/>
Kontrola w wyniku typowania DKM	<input type="checkbox"/>
Rekontrola	<input type="checkbox"/>
II. Wniosek o dofinansowanie realizacji projektu	<input type="checkbox"/>
Wniosek beneficjenta o płatność pośrednią/kończącą	<input checked="" type="checkbox"/>
Etap związania celem	<input type="checkbox"/>

I. Dane osobowe/adresowe

Jednostka kontrolowana

1. Imię i nazwisko/ nazwa Wnioskodawcy/Beneficjenta	POWIAT MALBORSKI
--	-------------------------

Siedziba, kontakt

2. Lokalizacja projektu	miejsowość Malbork poczta Malbork województwo pomorskie	Parking Kałdowo gmina Malbork	kod - pocztowy 82-200 powiat Malbork
3. Adres zamieszkania/siedziba Wnioskodawcy/Beneficjenta <small>(wypełniać w przypadku gdy adres jest inny niż w punkcie powyższym)</small>	miejsowość Malbork poczta Malbork województwo pomorskie	Pl. Słowiński 17 gmina Malbork	kod - pocztowy 82-200 powiat Malbork
4. Telefon	Numer kierunkowy: 055	numer telefonu: 646-04-00	
FAKS	Numer kierunkowy: 055	numer faksu: 272-34-62	
Adres poczty elektronicznej	starostwo@powiat.malbork.pl		

Osoba upoważniona do reprezentacji (Pełnomocnik/Osoba reprezentująca)

5. Imię	Nazwisko	Stanowisko / funkcja
Mirosław	Czapla	Starosta
Jolanta	Leszczyńska	Wice - starosta

Inspektorzy terenowi przeprowadzający kontrolę

6. Imię	Nazwisko	Stanowisko
Zdzisław	Herstowski	Gł. Specjalista
Jan	Gozdzikowski	Gł. Specjalista

II. Powiadomienie o kontroli

1. Data	Sposób powiadomienia	Osoba powiadomiona
24.10.2008	List polecony	Powiat Malbork
23.10.2008	Telefon nr 055 646-04-00	Patrycja Pawlikowska

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI	<i>Jolanta Leszczyńska</i>	PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO	
		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO	

PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ INFORMACJĘ POKONTROLNĄ

STAROSTWO POWIATOWE
 w MALBORKU
 82-200 Malbork
 Pl. Słowiński 17, tel. 646-04-00
 fax 272-34-62 (14)

WICESTAROSTA
Jolanta Leszczyńska

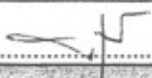
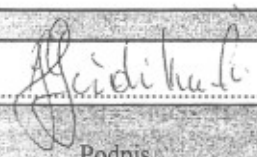
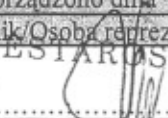
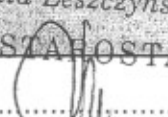
III. Wynik kontroli

Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli: 21/10/2008r.

1.

2. Uwagi osoby obecnej przy kontroli.....

IV. Podpisanie Informacji pokontrolnej

1. Data i czas trwania kontroli			
30.10.08 11 ³⁰ - 12 ³⁰			
2. Inspektorzy Terenowi			
30.10.08		30.10.08	
Sporządzono dnia	Podpis	Sporządzono dnia	Podpis
3. Wnioskodawca/Beneficjent/Pełnomocnik/Osoba reprezentująca			
30.10.08	WICESTAROSTA		STAROSTWO POWIATOWE W MALBORKU 82-200 Malbork pl. Słowiański 17, 18 640-040 fax 272-34752 17
Podpisanie informacji dnia	Jolanta Leszczyńska	Podpis	
30.10.08	WICESTAROSTA		
Otrzymałem dnia	Jolanta Leszczyńska	Podpis	

PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ INFORMACJĘ POKONTROLNĄ

²Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 27 kwietnia 2007 r. w sprawie trybu kontroli realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności.(Dz. U. 2007 Nr 90, poz. 602), w przypadku kontroli w miejscu realizacji projektu na etapie obsługi wniosku o płatność, Beneficjent/pełnomocnik ma możliwość przekazania do ARiMR pisemnych zastrzeżeń przed podpisaniem Informacji pokontrolnej, lub przesłania podpisanego egzemplarza Informacji pokontrolnej w terminie 14 dni od daty jego otrzymania.

V Zatwierdzenie Informacji pokontrolnej

		TAK	NIE
1	Przesłanie informacji pokontrolnej drogą pocztową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Egzemplarz informacji pokontrolnej wysłano w dniu

Listem poleconym nr

Podpis pracownika wysyłającego informację pokontrolną

TAK NIE

2	Czy informację pokontrolną sporządzono poprawnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------------------------

Jeżeli NIE podać przyczyny

.....

.....

3	Wyjaśnienia Inspektorów terenowych		
.....			
.....			
.....			

Podpisy Inspektorów terenowych

.....
-------	-------

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko

		TAK	NIE
4	Informację pokontrolną zatwierdzam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeżeli NIE podać przyczyny

.....

.....

Podpis osoby zatwierdzającej informację pokontrolną

	Data/...../2008r.
--	------	--------------------

	Podpis i pieczęć
--	------------------	-------