

Sygnatura:

**Program Kontroli**

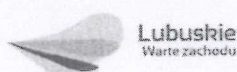
Dotyczy: kontroli nr .....

Jednostka kontrolowana	
Adres instytucji kontrolowanej	
Termin kontroli	
Podstawa prawna kontroli	1. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014 - 2020, art. 23 w zw. z art. 9 ust. 2. 2. Umowa/Decyzja nr ..... o dofinansowanie Projektu/przyznaniu dofinansowania dla Projektu „.....”, zawartej/podjętej ..... (data) przez Zarząd Województwa Lubuskiego zmieniona aneksami .....
Zakres kontroli	
Cel kontroli	
Rodzaj kontroli	
Zespół kontrolujący* <i>*dane personalne oraz stanowiska służbowe, numer upoważnienia</i>	1. Kierownik Zespołu Kontrolującego – ....., upoważnienie nr ..... 2. Członek Zespołu Kontrolującego – ....., upoważnienie nr .....
Podział obowiązków w podziale na poszczególnych członków Zespołu Kontrolującego	Do przeprowadzenia kontroli został powołany ..... Zespół Kontrolujący. Podczas dokonywania czynności kontrolnych zostanie zweryfikowany pełen zakres realizowanego projektu.

.....  
 (podpis osoby sporządzającej, funkcja pełniona w ZK)

.....  
 (podpis osoby weryfikującej)

.....  
 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej)



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



DR DEPARTAMENTU  
OW REGIONALNYCH

ASIEPCA DYREKTORA DEPARTAMENTU  
PROGRAMÓW REGIONALNYCH

Michał Kamiński

R. Binek  
Rajmund Binek

akt. 10: 10.10.2018

Wojciech Jędrzej 21.03.2018