

&lt;Nagłówek listowy Regionalnej Instytucji Finansującej&gt;

&lt;logo Programu&gt;

**Regionalny Program Operacyjny Warmia i Mazury na lata 2007-2013  
Oś 1 Przedsiębiorczość**

Działanie .....

Poddziałanie .....

**RAPORT Z WIZYTY KONTROLNEJ PROJEKTU W RAMACH REGIONALNEGO  
PROGRAMU OPERACYJNEGO WARMIA I MAZURY 2007-2013**

**CZĘŚĆ I – Informacja pokontrolna dla Beneficjenta**

przeprowadzonej dnia ..... roku

- (właściwe  
zakreślić):*
- Dotyczącej:
1. Wizyta w trakcie realizacji projektu ☐
  2. Wizyta po zakończeniu realizacji projektu (rozpatrywanie wniosku o płatność) ☐
  3. Wizyta po realizacji projektu i wypłacie dofinansowania ☐

**I. Informacje ogólne**

<i>Jednostka wizytowana</i>		
Pełna nazwa Beneficjenta		
<i>Siedziba, kontakt</i>		
Adres prowadzenia działalności		
<i>Nazwa instytucji przeprowadzającej kontrolę</i>		
<i>Beneficjent / upoważniony przedstawiciel Beneficjenta podczas wizyty kontrolnej</i>		
<i>Imię</i>	<i>Nazwisko</i>	<i>Stanowisko / funkcja</i>
<i>Pracownicy przeprowadzający wizytę kontrolną</i>		
<i>Imię</i>	<i>Nazwisko</i>	<i>Stanowisko / funkcja</i>

**II. Informacje o kontrolowanym projekcie**

<i>Umowa o dofinansowanie</i>	
Nr umowy o dofinansowanie	
Tytuł projektu	
Data złożenia wniosku o dofinansowanie w IP II	

Data rozpoczęcia realizacji projektu	
Data podpisania umowy o dofinansowanie przez Beneficjenta	
Data zakończenia realizacji projektu (zgodnie z terminem określonym w umowie o dofinansowanie)	
Kwota przyznanego wsparcia; % kosztów kwalifikowanych)	

### III. Stan faktyczny realizacji projektu

#### Beneficjent

1.	Forma prawna prowadzonej przez beneficjenta działalności:	Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
		Przedsiębiorcy, prowadzący działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej	<input type="checkbox"/>
		Osoba prawna	<input type="checkbox"/>
		Jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej – jaka?.....	<input type="checkbox"/>

#### Finansowa realizacja projektu

Uwaga:

W przypadku wizyty po złożeniu przez Beneficjenta wniosku o płatność końcową należy sprawdzić zgodność posiadanych dokumentów z sprawozdaniem z realizacji projektu.

2. Czy Beneficjent posiada dokumentację rozliczeniową projektu zgodną z umową o dofinansowanie (np. oryginały faktury, rachunki, kopie wykonania płatności, dokumenty nie wskazujące na konflikt interesów)

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

3. Dаты wystawienia dokumentów (faktur i innych dowodów księgowych) oraz daty sprzedaży są z okresu realizacji projektu określonego w umowie o dofinansowanie

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi:

4. Czy płatności w ramach projektu zostały dokonane od dnia kwalifikowalności wydatków:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

5. Czy płatności zostały dokonane w terminie określonym umową o dofinansowanie .

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi:

6. Wystawione faktury lub inne dokumenty księgowe obejmują działania kwalifikowane zawarte w projekcie.

- ☐ tak
- ☐ nie

Uwagi:

7. Czy zakupione środki trwałe zostały uwzględnione w ewidencji środków trwałych? (należy poprosić beneficjenta o wyciąg z ewidencji środków trwałych oraz dokumenty OT potwierdzające przyjęcie towaru do użytkowania)? (nie dotyczy w przypadku finansowania projektu w formie leasingu operacyjnego)

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie dotyczy

Uwagi:

8. Czy data przyjęcia do używania środków trwałych nie jest wcześniejsza niż data sprzedaży wykazana na dowodzie zakupu?

- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ nie dotyczy

Uwagi:

9. Czy Beneficjent prowadzi „zestawienie wszystkich dokumentów księgowych dot. realizowanego projektu”?

- ☐ tak  
☐ nie

Uwagi:

### Osiągnięte rezultaty projektu

Uwaga:

W przypadku wizyty po złożeniu przez Beneficjent wniosku o płatność końcową należy sprawdzić zgodność posiadanych dokumentów ze sprawozdaniem z realizacji projektu

10. Projekt realizowany/zrealizowany\* jest w miejscu określonym w umowie dofinansowania.

- ☐ tak  
☐ nie

Uwagi:

\* właściwe zakreślić

### 11. Osiągnięte wskaźniki realizacji projektu

W przypadku gdy wskaźniki, za ostatni pełny rok nie zostały osiągnięte, kontrolujący zobowiązuje Beneficjenta do sporządzenia odpowiedniego oświadczenia ze wskazaniem terminów realizacji wskaźników.

W przypadku realizacji przez Beneficjenta kilku umów w ramach Osi „Przedsiębiorczość” badane są wskaźniki dla każdej z umów oddzielnie.

#### a) Osiągnięte wskaźniki produktu

L.p.	Nazwa wskaźnika	J. miary	Plan na rok 2008*	Rezultat na rok 2008	%	Plan na rok 2009	Rezultat na rok 2009	%
1.								
2.								

Uwagi jeśli nie został osiągnięty rezultat:

#### b) osiągnięte wskaźniki rezultatu

L.p.	Nazwa wskaźnika	J. miary	Plan na rok 2008	Rezultat na rok 2008	%	Plan na rok 2009	Rezultat na rok 2009	%
1.								
2.								
3.								

*\* tylko w przypadku wizyty kontrolnej gdy pełny rok został zakończony; jeśli został zakończony więcej niż jeden rok należy dodać kolumny raportu obrazujące osiągnięcie wskaźników w poszczególnych latach.*

Uwagi dotyczące wskaźników rezultatu:

12. Realizacja projektu odbywa się/odbyła się\* zgodnie z harmonogramem określonym w umowie o dofinansowanie.

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

\* właściwe zakreślić

13. Opis zrealizowanych zadań/etapów oraz informacja na temat zadań planowanych, a niezrealizowanych zadań/etapów.

14. Opis pozostałych zadań/etapów projektu planowanych do zrealizowania \*

*\* tylko w przypadku wizyty kontrolnej w trakcie realizacji projektu*

15. Dostępność dokumentacji potwierdzającej realizację projektu. Beneficjent przedstawił pełną dokumentację potwierdzającą realizację projektu (np. oferty, dokumenty wybory dostawcy/usługodawcy, dokumentację techniczną, etc).

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

### Promocja projektu

16. Czy projekt posiada wizualizację zgodną z zapisami umowy o dofinansowanie?

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

### Informacje dodatkowe

17. Czy były prowadzone inne kontrole realizacji projektu:

☐ tak

Data	Nazwa instytucji/ ewentualnie imiona i nazwiska osób dokonujących kontroli	Rezultat (dodatkowo można wpisać nr protokołu z kontroli o ile jest)

☐ nie

Uwagi:

18. Inne uwagi (podać jakie)

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

19. Uwagi Beneficjenta dot. realizowanego projektu

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

Załączniki: 1.

2.

3.

4.

Raport sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

#### Pouczenie

Podmiotowi kontrolowanemu przysługuje, przed podpisaniem Raportu z wizyty kontrolnej zwanego dalej Raportem, prawo zgłoszenia w **terminie 14 dni kalendarzowych** uzasadnionych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w niniejszym Raporcie.

W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń, instytucja przeprowadzająca wizytę kontrolną dokona analizy zasadności ich wniesienia. Uznanie zastrzeżeń będzie skutkowało dokonaniem stosownych zmian w treści Raportu.

Podmiotowi kontrolowanemu przysługuje ponadto prawo odmowy podpisania Raportu. W terminie **7 dni kalendarzowych** od daty otrzymania niniejszego Raportu należy złożyć pisemne wyjaśnienie odmowy. Odmowa podpisania nie wstrzymuje realizacji ustaleń kontroli. (termin 7 dni dotyczy drugiego przesłania raportu).

Podpisanie Raportu jest równoznaczne z przyjęciem zobowiązania wykonania wszystkich zaleceń pokontrolnych.

#### Podpisy

Pracownicy przeprowadzający wizytę *kontrolną*:

Beneficjent lub upoważniony przedstawiciel  
Beneficjenta:

.....

.....

.

*podpis*

*podpis*

Miejscowość i data .....

CZĘŚĆ II. (wypełnia pracownik IP II)

**RAPORT Z WIZYTY KONTROLNEJ W RAMACH REGIONALNEGO  
PROGRAMU OPERACYJNEGO WARMIA I MAZURY 2007-2013**

przeprowadzonej dnia ..... roku

**Opinia dot. przeprowadzonej wizyty kontrolnej.**

--

**Tak      Nie**

**Stwierdzone niezgodności/nieprawidłowości/uchybenia\***

Uwagi:

**Nie dotyczy**

**\*właściwe podkreślić**

**Rekomendowane działania pokontrolne**

Uwagi:

--

.....  
(data + podpis pracowników IP II przeprowadzających wizytę kontrolną)



**RAPORT Z WIZYTY KONTROLNEJ W RAMACH REGIONALNEGO  
PROGRAMU OPERACYJNEGO WARMIA I MAZURY 2007-2013**

**I. SPRAWDZENIE I ZATWIERDZENIE RAPORTU Z WIZYTY KONTROLNEJ**

**Opinia dot. raportu i przeprowadzonej wizyty kontrolnej.**

Wynik kontroli:

- 1) ☐ negatywny – odmowa wypłaty dofinansowania
- 2) ☐ wstrzymanie rekomendacji (do czasu wyjaśnienia nieprawidłowości IP II wstrzymuje wystawienie rekomendacji płatności)
- 3) ☐ pozytywny – rekomendacja wypłaty dofinansowania oraz realizację działań pokontrolnych
- 4) ☐ pozytywny – rekomendacja wypłaty dofinansowania
- 5) ☐ pozytywny – akceptuje raport z kontroli projektu (w przypadku kontroli po wypłacie dofinansowania)

Jeżeli pkt 2 lub 3 to rekomenduję następujące działania pokontrolne:

- 
- 
- 

.....  
*imię i nazwisko Dyrektora /Z-cy Dyrektora RIF,*

.....  
Miejscowość, data

.....  
*Podpis*

**RAPORT Z WIZYTY KONTROLNEJ W RAMACH REGIONALNEGO  
PROGRAMU OPERACYJNEGO WARMIA I MAZURY 2007-2013**

przeprowadzonej dnia ..... roku

<b>Zrealizowane działania pokontrolne</b>	<b>Data</b>	<b>Rezultaty</b>

.....  
data + podpis pracowników IP II odpowiedzialnych za realizację działań pokontrolnych

Wynik działań pokontrolnych:

- 1) ☐ negatywny – odmowa wypłaty dofinansowania
- 2) ☐ wstrzymanie rekomendacji (do czasu wyjaśnienia nieprawidłowości IP II wstrzymuje wystawienie rekomendacji płatności)
- 3) ☐ pozytywny – rekomendacja wypłaty dofinansowania
- 4) ☐ pozytywny – akceptuję raport z kontroli projektu (w przypadku kontroli po wypłacie dofinansowania)
- 5) ☐ pozytywny – akceptuję realizację działań pokontrolnych (w przypadku, gdy działania pokontrolne były realizowane po dokonaniu rekomendacji wypłaty dofinansowania)

Jeżeli pkt 2 to rekomenduję następujące działania pokontrolne (należy powtórnie wypełnić część IV po dokonaniu działań pokontrolnych)

■  
■  
■

**ZATWIERDZENIE REALIZACJI DZIAŁAŃ POKONTROLNYCH**

.....  
*imię i nazwisko Dyrektora /Z-cy Dyrektora RIF*

Miejscowość, data .....

.....  
*Podpis / pieczęć*