

Załącznik **XI.13**.....

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

**Działanie 1.1: Wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw**

**Poddziałanie 1.1.....**

**RAPORT Z KONTROLI TRWAŁOŚCI PROJEKTU REALIZOWANEGO**  
**W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO**  
**WARMIA I MAZURY 2007-2013**

**CZĘŚĆ I – Informacja pokontrolna dla Beneficjenta**

przeprowadzonej dnia ..... roku

1. Wizyta po realizacji projektu i wypłacie dofinansowania (kontrola trwałości) ☐

**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"/>

#### Trwałość projektu

1. Czy zakupione w ramach projektu środki trwałe sa uwzględnione w aktualnej ewidencji środków trwałych? (należy poprosić beneficjenta o wyciąg z ewidencji środków trwałych oraz dokumenty OT potwierdzające przyjęcie towaru do użytkowania)?

Usunięto: zostały

- ☐ tak  
☐ nie  
☐ nie dotyczy

Uwagi:

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

- ☐ tak  
☐ nie

Uwagi:

3. Projekt zlokalizowany jest w miejscu określonym w umowie dofinansowania.

Usunięto: zrealizowany

- ☐ tak  
☐ nie

Uwagi:

4. Kto i w jaki sposób zarządza i finansuje projekt po zakończeniu jego realizacji (zgodnie z opisem wskazanym w C-7 wniosku o dofinansowanie)?

Uwagi:

5. Czy Beneficjent archiwizuje dokumentację projektową zgodnie z zapisami § 15 umowy o dofinansowanie projektu.

- ☐ tak  
☐ nie

Uwagi:

6. Czy został utrzymany cel projektu (zgodnie z opisem zawartym w C-4 wniosku o dofinansowanie).

- ☐ tak  
☐ nie

Uwagi:



**7. Czy w projekcie wystąpiła zasadnicza modyfikacja wpływająca na charakter lub warunki jego realizacji lub modyfikacja przyznająca firmie nieuzasadnione korzyści?**

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

**Promocja projektu**

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

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

**Informacje dodatkowe**

**9. Czy były prowadzone inne kontrole realizacji projektu:**

☐ tak

☐ nie

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

Uwagi:

**10. Inne uwagi (podać jakie)**

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

**11. Uwagi Beneficjenta dot. realizowanego projektu**

☐ tak

☐ nie

Uwagi:

<b>Załączniki:</b>	1.	
	2.	

**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.

<b>Podpisy</b>		
----------------	--	--

**Usunięto:**

**Sformatowano:** Czcionka: Nie Pogrubienie

**Sformatowano:** Czcionka: 12 pt

**Sformatowano:** Czcionka: (Domyślny) Times New Roman, 12 pt

**Sformatowano:** Czcionka: 12 pt

**Sformatowano:** Czcionka: (Domyślny) Times New Roman, 12 pt

**Sformatowano:** Czcionka: 12 pt

**Sformatowano:** Czcionka: (Domyślny) Times New Roman, 12 pt

**Sformatowano:** Czcionka: 12 pt

**Sformatowano:** Wyrównany do środka

**Usunięto:** 7

**Usunięto:** 8

**Usunięto:** 9

**Usunięto:** 0



**PROGRAM REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



Pracownicy przeprowadzający wizytę kontrolną:		Beneficjent lub upoważniony przedstawiciel
		Beneficjenta:
.....		.....
..... podpis		..... podpis
Miejscowość i data .....		



**CZĘŚĆ II. (wypełnia pracownik IP II)**

**RAPORT Z KONTROLI TRWAŁOŚCI PROJEKTU REALIZOWANEGO  
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO  
WARMIA I MAZURY 2007-2013  
przeprowadzonej dnia ..... roku**

**Opinia dot. przeprowadzonej wizyty kontrolnej.**

--

**Stwierdzone niezgodności/nieprawidłowości/uchybienia\***

**Tak      Nie**

Uwagi:

☐

**\*właściwe podkreślić**

☐☐

**Rekomendowane działania pokontrolne**

Uwagi:

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



**CZĘŚĆ III**

**RAPORT Z KONTROLI TRWAŁOŚCI PROJEKTU REALIZOWANEGO  
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 rekomenduje działania pokontrolne)
- 3) ☐ pozytywny – akceptuje raport z kontroli projektu

Jeżeli pkt 2 to rekomenduję następujące działania pokontrolne:

- 
- 
- 

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
*Podpis*



**CZĘŚĆ IV**

**RAPORT Z KONTROLI TRWAŁOŚCI PROJEKTU REALIZOWANEGO  
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO  
WARMIA I MAZURY 2007-2013**

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

Zrealizowane działania pokontrolne	Data	Rezultat

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

Wynik działań pokontrolnych:

- 1) ☐ negatywny  
2) ☐ pozytywny – akceptuję realizację działań pokontrolnych

**ZATWIERDZENIE REALIZACJI DZIAŁAŃ POKONTROLNYCH:**

.....  
(imię i nazwisko Dyrektora /Z-cy Dyrektora RIF)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis / pieczęć)