

FORMULARZ ZATWIERDZENIA CZYNNOŚCI POKONTROLNYCH

Ocena realizacji czynności pokontrolnych do Umowy o powierzenie grantu nr

Data przeprowadzenia kontroli:.....

Weryfikacja realizacji zaleceń pokontrolnych (należy wypełnić w sytuacji wskazania zaleceń w Informacji pokontrolnej lub przedstawienia dodatkowych wyjaśnień przez Grantobiorcę – po ostatecznej weryfikacji zaleceń pokontrolnych).

<p>Zalecenia pokontrolne (należy przytoczyć wszystkie zalecenia pokontrolne wyszczególnione w Informacji pokontrolnej)</p>	<p>Data realizacji zaleceń pokontrolnych (należy wskazać wszystkie daty realizacji zaleceń)</p>	<p>Rezultat zrealizowanych/niezrealizowanych zaleceń pokontrolnych (należy opisać realizację zaleceń przez Grantobiorcę i wskazać wnioski/skutki wynikające z realizacji lub braku realizacji zaleceń)</p>
		<p><Opis ></p> <p><input type="checkbox"/> akceptacja Dyrektor Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej/institucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,</p> <p><input type="checkbox"/> brak akceptacji Dyrektor Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej/ instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,</p>
		<p><Opis ></p> <p><input type="checkbox"/> akceptacja Dyrektor Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej / instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,</p>

		<input type="checkbox"/> brak akceptacji Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej / instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta
		<input type="checkbox"/> akceptacja Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej/ instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta, <input type="checkbox"/> brak akceptacji Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej / instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,
Uwagi:		

Podpisy członków Zespołu kontrolującego:

Imię i nazwisko:

Podpis:.....

Data:

Imię i nazwisko:

Podpis:.....

Data:.....

Akceptacja: Dyrektor Departamentu / Kierownik instytucji kontrolującej

Imię i nazwisko:

Podpis:.....

Data: