



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Nadzoru i Kontroli

Informacja pokontrolna nr 106/2022-2023/POWR/WM

1	Podstawa prawna kontroli	Wizytę monitoringową przeprowadzono na podstawie art. 23 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2020 roku, poz. 818 z późn. zm.) oraz z §16 decyzji o dofinansowaniu projektu nr POWR.05.02.00-00-0007/19 w ramach <i>Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020</i> , zawartej w dniu z dnia 30 marca 2020 r.
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Ministerstwo Zdrowia, Instytucja Pośrednicząca dla Osi Priorytetowej V <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> PO WER.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 106/2022-2023/POWR/WM z dnia 19 maja 2023 r. do przeprowadzenia wizyty monitoringowej, kontrolę przeprowadzili: Pan Marcin Marciński – kierownik Zespołu kontrolującego (Zk), Pani Anna Hawryluk – członek Zespołu kontrolującego.
4	Termin kontroli	26.05.2023 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Wizyta monitoringowa przeprowadzona w trybie zdalnym.
6	Tryb kontroli	Planowy
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Minister właściwy ds. Zdrowia, Departament Rozwoju Kadr Medycznych
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	Minister właściwy ds. zdrowia, Departament Rozwoju Kadr Medycznych, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa <u>Miejsce przeprowadzenia wizyty monitoringowej:</u> <i>Wizyta przeprowadzona w trybie zdalnym</i> <u>Rodzaj wsparcia:</u> zdalne zajęcia Szkolenia z medycznego języka angielskiego dla pracowników Administracyjnych podmiotów leczniczych i innych pracowników, którzy wykonują zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej.
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania, wartość projektu	<u>Nazwa projektu:</u> „ <i>Opracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia</i> ” <u>Numer projektu:</u> <i>POWR.05.02.00-00-0007/19</i> ; <u>Numer i nazwa Osi priorytetowej:</u> <i>V. Wsparcie dla obszaru zdrowia</i> <u>Numer Działania:</u> <i>5.2 Działania prokościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia, ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych</i> ; <u>Wartość Projektu:</u> <i>5 661 418,40 zł</i> ;

¹ O ile są różne

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



Fundusze
Europejskie



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



		<u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli: 2 052 512,48 zł.</u>
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	<p>Zakres wizyty monitoringowej umożliwia ocenę jakości i prawidłowości prowadzonych działań i obejmuje sprawdzenie, czy:</p> <p>a) wizytowana forma wsparcia odbywa się w terminie i miejscu wskazanym w harmonogramie realizacji wsparcia, udostępnionym przez Beneficjenta zgodnie z umową o dofinansowanie,</p> <p>b) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z celem projektu oraz wpisuje się w cele szczegółowe PO WER,</p> <p>c) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z umową o dofinansowanie realizacji projektu podpisaną z beneficjentem i zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie, m.in. w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tematyki wsparcia, • terminu realizacji wsparcia, • sposobu udzielania wsparcia, • liczby uczestników. <p>d) sprzęt, wyposażenie oraz elementy infrastruktury zakupione w celu udzielania wsparcia są dostępne w miejscu realizacji formy wsparcia i są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem,</p> <p>e) wizytowana forma wsparcia skierowana jest do odpowiedniej grupy docelowej, wskazanej we wniosku,</p> <p>f) liczba osób podpisanych na liście obecności jest zgodna z liczbą osób obecnych w miejscu realizowanej usługi,</p> <p>g) pomieszczenia, w których realizowana jest usługa są dostosowane pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnościami,</p> <p>h) materiały i środki niezbędne do realizacji wsparcia są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,</p> <p>i) uczestnik projektu wie, że bierze udział w projekcie dofinansowanym z EFS,</p> <p>j) uczestnicy projektu są zadowoleni z udziału w monitorowanej formie wsparcia, tj. czy wsparcie jest dopasowane do ich potrzeb,</p> <p>k) usługi w ramach projektu świadczone są na odpowiednim poziomie merytorycznym,</p> <p>l) prowadzący/trener/wykładowca posiada odpowiednią wiedzę i kompetencje,</p> <p>m) zapewniono odpowiednią jakość materiałów szkoleniowych/ dydaktycznych,</p> <p>n) jak uczestnicy projektu oceniają organizację wizytowanej formy wsparcia (lokalizacja, warunki techniczne),</p> <p>o) prawidłowo oznaczono miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia,</p> <p>p) prawidłowo oznaczono materiały szkoleniowe, dydaktyczne.</p>
11	Informacje na temat sposobu wyboru dokumentów do kontroli (należy opisać metodykę doboru próby dokumentacji w poszczególnych zakresach tematycznych oraz podać wielkość próby skontrolowanych dokumentów w przypadku każdego kontrolowanego obszaru)	<p>Zespół kontrolujący, w dniu 26.05.2023 r., przeprowadził wizytę monitoringową projektu POWR.05.02.00-00-0007/19. Wizyta została przeprowadzona zdalnie, podczas odbywania przez uczestników projektu zdalnych zajęć w ramach Szkolenia z medycznego języka angielskiego dla pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych i innych pracowników, którzy wykonują zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Powyższe zajęcia zostały zaplanowane do realizacji w ramach zadania nr 4 - Przeprowadzenie szkoleń z medycznego języka angielskiego dla pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych i innych pracowników, którzy realizują zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Skontrolowane zajęcia prowadzone były w trybie zdalnym z wykorzystaniem platformy Teams przez Panią ████████, na podstawie Umowy nr ADR.250.249.2022 z dnia 23.03.2023 r., zawartej przez Beneficjenta ze Stowarzyszeniem Edukacyjno-Oświatowym „Erudycja”, z siedzibą w Olsztynie.</p>

		<p>W trakcie przeprowadzonej wizyty monitoringowej, zweryfikowano dokumentację związaną z realizacją zajęć, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listę obecności z dnia 26.05.2023 r.; • Harmonogram wsparcia; • Materiały dydaktyczne, tj. prezentację wykorzystywaną podczas zajęć zdalnych; • Ankiety zdalne wypełnione przez uczestników szkolenia; • Dokumentację potwierdzającą kwalifikacje Pani ██████████ która prowadziła skontrolowane zajęcia.
12	<p>Ustalenia kontroli (należy wskazać zwięzłe i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych)</p>	<p>W wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wizytowana forma wsparcia przekłada się bezpośrednio na realizację celów PO WER, a przede wszystkim celu szczegółowego Osi V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia, ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. 2. Forma wsparcia jest zgodna z wnioskiem o dofinansowanie projektu, m.in. w zakresie: tematyki, terminu oraz sposobu realizacji wsparcia. <ol style="list-style-type: none"> a) <u>Tematyka:</u> <p>Celem głównym projektu jest opracowanie i pilotażowe wdrożenie w okresie realizacji projektu modelu szkolenia kadr administracyjnych na potrzeby systemu ochrony zdrowia. Głównym rezultatem, który zostanie osiągnięty dzięki realizacji projektu, będzie podniesienie kompetencji osób zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych w podmiotach leczniczych w zakresie m.in. prowadzenia dokumentacji medycznej.</p> <p>Projekt skierowany jest do osób wykonujących czynności administracyjne w podmiotach leczniczych, w tym głównie osób wykonujących zadania związane m.in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej.</p> <p>W ramach projektu przewidziano do realizacji 4 zadania:</p> <p>Zadanie 1 - Wypracowanie modelu szkolenia do wykonywania pracy na stanowisku sekretarka/rz medyczna/y lub na innym stanowisku, na którym realizowane są zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej;</p> <p>Zadanie 2 - Pilotażowe wdrożenie modelu szkolenia do wykonywania pracy na stanowisku sekretarka/rz medyczna/y lub na innym stanowisku, na którym realizowane są zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej;</p> <p>Zadanie 3 - Ewaluacja szkolenia do pracy na stanowisku sekretarki/rza medycznej/ego lub na innym stanowisku, na którym realizowane są zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej;</p> <p>Zadanie 4 - Przeprowadzenie szkoleń z medycznego języka angielskiego dla pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych i innych pracowników, którzy realizują zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej.</p> <p>Skontrolowane zajęcia zostały przeprowadzone w ramach zadania nr 4 - Przeprowadzenie szkoleń z medycznego języka angielskiego dla pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych i innych pracowników, którzy realizują zadania związane m. in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej.</p> b) <u>Termin:</u> <p>Kurs prowadzony był w ramach Zadania 4, które jest przewidziane do realizacji w okresie od III kwartału 2022 r. do końca II kwartału 2023 r.</p> <p>ZK potwierdza więc, że termin realizacji kontrolowanego wsparcia jest zgodny z harmonogramem realizacji ujętym we Wniosku o dofinansowanie projektu. Ponadto ZK potwierdza, iż termin realizacji szkolenia był zgodny z informacjami udostępnionymi na stronie internetowej Projektu pod adresem:</p>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/opracowanie-i-pilotazowe-wdrozenie-modelu-szkolenia-kadr-administracyjnych-na-potrzeby-systemu-ochrony-zdrowia> oraz harmonogramem przesłanym przez Beneficjenta drogą mailową.

c) Sposób realizacji wsparcia:

W oparciu o wizytowany kurs oraz dokumentację przekazaną przez Beneficjenta, ZK potwierdził, że wsparcie w ramach Projektu jest udzielane zgodnie z WoD. Fakt realizacji szkolenia w formie zdalnej poprzez Internet, przy użyciu aplikacji „Teams”, wynika wprost z zapisów Wniosku o dofinansowanie projektu.

d) Liczba uczestników:

Zgodnie z zapisami WOD: „Zostanie zlecona usługa podmiotowi zewnętrznemu (wykonawca/y zostanie wyłoniony na podstawie PZP) przeprowadzenia 34 szkoleń w formie zdalnej. Zakłada się, że w jednym szkoleniu będzie uczestniczyć maksymalnie 15 osób, szkolenie trwać będzie 45 h.” W skontrolowanych zajęciach szkoleniowych, udział miało wziąć 10 uczestników – jak wynika z listy planowanych uczestników przesłanej przez Beneficjenta przed wszczęciem wizyty monitoringowej. ZK ustalił, iż w skontrolowanych zajęciach uczestniczyło 9 osób, co potwierdza lista obecności, zdalny raport z logowań przekazany przez Beneficjenta w wiadomości mailowej z dnia 30.05.2023 r. oraz obserwacja własna Zespołu kontrolującego podczas prowadzenia wizyty monitoringowej (w tym wykonane print-screeny). Zaznaczyć należy, iż Zespół kontrolujący rozesłał ankietę do wszystkich 10 osób, które miały brać udział w wizytowanym szkoleniu (na adresy e-mail podane przez Beneficjenta) i w odpowiedzi uzyskał 10 wypełnionych ankiet, pomimo faktu, iż w zajęciach podlegających kontroli udział brało 9 osób.

3. W ramach projektu nie kupowano sprzętu i wyposażenia.
4. W oparciu o przekazaną przez Beneficjenta listę obecności oraz ankiety, a także na podstawie własnej obserwacji, ZK ustalił, że w kontrolowanych zajęciach wzięli udział uczestnicy wpisujący się w grupę docelową projektu, określoną we wniosku o dofinansowanie.
5. Zespół Kontrolujący rozesłał wszystkim potencjalnym uczestnikom szkolenia (10 osobom, które miały wziąć udział w zajęciach), na adresy mailowe podane podczas rekrutacji, ankiety w celu sprawdzenia ich wiedzy nt. współfinansowania Projektu ze środków UE w ramach EFS oraz w celu sprawdzenia czy uczestnicy Projektu są zadowoleni z udziału w danej formie wsparcia. Zwrotnie otrzymano 10 wypełnionych ankiet (oznacza to, iż ankietę wypełniła również osoba nieobecna podczas szkolenia, kiedy to obecnych było 9 osób). Ankieta zawierała dwa pytania dotyczące źródeł finansowania Projektu, tj.:
 - Pytanie 1 - Czy Pan/Pani jako uczestnik szkolenia został/a poinformowany/a, że bierze udział w projekcie dofinansowanym przez Unię Europejską? – 100% (10 osób) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej.
 - Pytanie 2 - Proszę o podanie nazwy Funduszu Europejskiego Finansującego niniejsze przedsięwzięcie – 100% (10 osób) ankietowanych wskazało prawidłową odpowiedź, tj. Europejski Fundusz Społeczny.Ponadto, na podstawie wyników ankiet, Zk potwierdza, że uczestnicy są zadowoleni z udziału w danej formie wsparcia, wysoko ocenili poziom prowadzonych zajęć, ich organizację oraz kompetencje wykładowców:
 - Pytanie 4 - Czy jest Pana/Pani zadowolony z udziału w danej formie wsparcia - 100% ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
 - Pytanie 6 – Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o celach projektu? – 100% ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej,
 - Pytanie 7 - Jak ocenia Pan/Pani sposób informowania o projekcie? – 70% (7 osób) ankietowanych przyznało ocenę bardzo dobrą, 10% (1 osoba) badanych przyznało ocenę dobrą, 20% (2 osoby)

<p>badanych przyznało ocenę zadowalającą;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pytanie 8 - Czy realizatorzy projektu przedstawili, w jakich formach wsparcia będzie Pan/Pani mógł/mogła uczestniczyć? - 100% (10 osób) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej; ➤ Pytanie 15 – Ocena programu formy wsparcia, w której Pan/Pani uczestniczy - pytanie zostało podzielone na 6 podpunktów tj.: <ul style="list-style-type: none"> • Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia zdobyłem/-am nową wiedzę/umiejętności potrzebne na moim stanowisku pracy – 40% (4 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 50% (5 osób) badanych udzieliła odpowiedzi „zgadzam się”, 10% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”; • Cele danej formy wsparcia zostały jasno określone – 40% (4 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 60% (6 osób) badanych udzieliła odpowiedzi „zgadzam się”; • Rytm pracy i środki dydaktyczne pomogły osiągnąć cele danej formy wsparcia – 80% (8 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 10% (1 osoba) badanych udzieliła odpowiedzi „zgadzam się”, 10% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”; • Zakres zagadnień formy wsparcia został dobrze dopasowany do moich potrzeb - 70% (7 osób) ankietowanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 20% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, 10% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”. • Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia jestem w stanie wprowadzić usprawnienia na moim stanowisku pracy – 30% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 40% (4 osoby) badanych udzieliła odpowiedzi „zgadzam się”, 30% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”; • Dzięki udziałowi w zajęciach jestem w stanie podnieść efektywność zespołu w którym pracuję – 30% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 40% (4 osoby) badanych udzieliła odpowiedzi „zgadzam się”, 20% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, 10% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „Nie potrafię ocenić”. <p>6. Na podstawie wyników ankiet, dotyczących odpowiedzi na pytania 15 oraz 16, a także własnego osądu Zk stwierdził, że uczestnicy wysoko ocenili poziom prowadzonych zajęć oraz sposób ich organizacji. W ankietach uczestnicy nie wskazali na jakiegokolwiek trudności organizacyjne związane z udziałem w zajęciach.</p> <p>7. Uczestnicy zajęć wykazali zadowolenie z posiadanej przez prowadzących wiedzy oraz kompetencji, co zostało potwierdzone w oparciu o wyniki ankiety:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pytanie 17 - Ogólna ocena wykładowców - pytanie zostało podzielone na 2 podpunkty tj.: <ul style="list-style-type: none"> • Kompetencje wykładowcy/ów są adekwatne do celów zajęć – 100% (10 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”; • Postawa wykładowcy/ów jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowana – 100% (10 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”. <p>Jednocześnie na podstawie dokumentacji potwierdzającej kwalifikacje Pani ██████████ oraz swój udział w szkoleniu, ZK potwierdza odpowiednią wiedzę i wysokie kompetencje osoby prowadzącej zajęcia.</p> <p>8. Beneficjent przekazał uczestnikom materiały szkoleniowe (torba, notatnik, długopis, pen-drive, podręcznik). Materiały szkoleniowe, które otrzymali uczestnicy szkolenia, zostały prawidłowo oznaczone znakami graficznymi PO WER i UE. Ponadto, na podstawie wyników ankiet, ZK potwierdził, że uczestnicy wysoko oceniają ich jakość:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pytanie 3 - Czy otrzymał/a Pan/Pani materiały związane z formą wsparcia, w której bierze Pan/Pani
--

	<p>udział? – 100% (10 osób) udzieliło odpowiedzi twierdzącej;</p> <p>➤ 2. Pytanie 16 - Ocena sposobu organizacji zajęć - Jakość materiałów przekazanych podczas realizacji formy wsparcia jest wysoka – 70% (7 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 30% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”.</p> <p>9. Zespół kontrolujący ustalił, że w skontrolowanych zajęciach nie uczestniczyły osoby z niepełnosprawnościami, a uczestnicy zajęć nie mieli żadnych szczególnych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia. Ze względu na brak w grupie uczestników wizytowanych zajęć, osób z niepełnosprawnościami, a także biorąc pod uwagę, iż uczestnicy ocenili, że zajęcia warsztatowe zostały dostosowane do ich potrzeb, ZK uznaje, że Beneficjent zapewnił realizację formy wsparcia zgodnie ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2014-2020.</p> <p>W ankietach zdalnych, przeprowadzonych przez zespół kontrolujący, żadna z osób nie wykazała posiadania specjalnych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia.</p> <p>Wyniki ankiet przedstawiają się następująco:</p> <p>➤ Pytanie 8 – Jak Pan/Pani ocenia dostosowanie formy wsparcia do Pana/Pani potrzeb – pytanie podzielone na 4 podpunkty (z których 2 były aktywne tylko w przypadku wskazania wystąpienia szczególnych potrzeb):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, które powinny być uwzględnione w trakcie danej formy wsparcia? – 100% (10 osób) badanych udzieliło odpowiedzi przeczącej. • Czy na etapie udziału w projekcie Beneficjent kontaktował się z Panem/Panią w celu ustalenia szczególnych potrzeb? – 90% (9 osób) badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 10% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi przeczącej. 	
13	Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości	Brak
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono.
14	Ocena wg kryteriów	Nie dotyczy.
15	Zalecenia pokontrolne	Brak
16	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	21.06.2023 r.

Pouczenie:

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z 2020 roku, poz. 818 z późn. zm.) podmiot kontrolowany ma prawo do zgłoszenia, w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji pokontrolnej, umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tej informacji.

Termin 14 dni może być przedłużony przez instytucję kontrolującą na czas oznaczony, na wniosek podmiotu kontrolowanego, złożony przed upływem terminu zgłoszenia zastrzeżeń. Zastrzeżenia podmiotu kontrolowanego mogą zostać w każdym czasie wycofane. Zastrzeżenia, które zostały wycofane, pozostawia się bez rozpatrzenia

Marcin Marciński
/dokument podpisany elektronicznie/

.....
(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Anna Hawryluk
/dokument podpisany elektronicznie/

.....
(Podpis członka zespołu kontrolującego)

Akceptowane i zatwierdzone przez:

Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Ernest Bober
Naczelnik Wydziału
/dokument podpisany elektronicznie/

.....
(Podpis osoby akceptującej i zatwierdzającej)

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	3391342.11637636.11894576
Nazwa dokumentu	Informacja pokontrolna WM POWR.05.02.00-00-0007_19 finał.pdf
Tytuł dokumentu	Informacja pokontrolna WM POWR.05.02.00-00-0007_19 finał
Sygnatura dokumentu	NKK2.9062.112.2023
Data dokumentu	2023-06-21
Skrót dokumentu	BD81FE4C3ABF6288888B652ABD15E03AE9261F54
Wersja dokumentu	1.5
Data podpisu	2023-06-21 11:23:04
Podpisane przez	Marcin Marciński Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2023-06-21 14:04:46
Podpisane przez	Anna Hawryluk Starszy Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2023-06-21 20:53:13
Podpisane przez	Ernest Piotr Bober Naczelnik
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.114.42.42.

Data wydruku: 2023-06-22

Autor wydruku: Marciński Marcin (Główny Specjalista)