Załącznik nr 5 do SOPZ
znak sprawy 15/DWF/PN/2018

																		zalecenia pokontrolne					wydatki niekwalifikowalne / nieprawidłowość					czy w wyniku przeprowadzonej kontroli:					
L.P.	Działanie/ Poddziałanie	RODZAJ KONTROLI (w trakcie realizacji, na zakończenie, po zakończeniu, trwałości)	NR KONTROLI	TERMIN KONTROLI	DATA WIZYTY MONITORINGOWEJ	ZK (kontrola planowa)	kierownik	NUMER PROJEKTU	BENENFICJENT	KONTROLOWANY PARTNER	TYTUŁ PROJEKTU	DATA ZAKOŃCZENIA KONTROLI	TERMIN NA PRZEKAZANIE IP (30 dni)	DATA WYSŁANIA IP	DATA odpowiedzi Beneficjenta na IP	data wysłania OIP	Wartość wydatków skontrolowanych na miejscu	CZY WYDANO ZALECENIA? (T/N)	DATA NA INFORMACJĘ O WDROŻENIU WYDANYCH ZALECEŃ	DATA ODPOWIEDZINI. WDROŻENIA	sposób weryfikacji (1. kontrola / 2. dokumenty)	CZY ZALECENIA ZOSTAJĄ UZNANE ZA WDROŻONE? (T/N)	wysokość niekwalifikowalnych	obszar - czego dotyczy niekwalifikowalny wydatek	wysokość nieprawidłowości	obszar - czego dotyczy nieprawidłowość	czy zastosowano taryfikator dla pop / zasady konkurencyjności (jaki %)	podczas kontroli Beneficjent otrzymał ocenę 3 lub gorszą (tak/nie)	stwierdzono wydatki niekwalifik.: 10% zatw. lub 10.000 EURO (tak/nie)	wydatki niekwalifik. wynikają z realizacji projektu niezgodnie z celami szczegółowymi PO WER lub kryteriami wyboru projektów (tak/nie)	stwierdzono niekwalifik. co najmniej 10% uczestników projektu (tak/nie)	stwierdzono naruszenie art. 10 ustawy Prawo zamówień publicznych (tak/nie)	beneficjent, co do którego potwierdzono dopuszczenie się oszustw finansowych lub korupcji (tak/nie)