



## Informacja pokontrolna nr 71/2022-2023/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 § 18 umowy o dofinansowanie realizacji projektu nr POWR.05.05.00-00-0004/18 w ramach <i>Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020</i> , zawartej w dniu 5 października 2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Akademią Techniczno – Humanistyczną w Bielsku – Białej.
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Ministerstwo Zdrowia, Instytucja Pośrednicząca dla Osi Priorytetowej V <i>Wsparcie dla obszaru zdrowia PO WER</i> .
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 71/2022-2023/POWR/WM z dnia 17 lutego 2023 r. do przeprowadzenia wizyty monitoringowej, wizytę przeprowadzili: Pani Joanna Tąkiel - Leśniewska – kierownik Zespołu kontrolującego (Zk), Pani Iwona Zielińska – członek Zespołu kontrolującego. Ernest Bober – członek Zespołu kontrolującego.
4	Termin kontroli	27.02.2023 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Wizyta monitoringowa przeprowadzona w miejscu prowadzenia zajęć stażowych
6	Tryb kontroli	Planowy
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Akademia Techniczno – Humanistyczna w Bielsku – Białej, ul. Willowa 2, 43 – 309 Bielsko - Biała
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne <sup>1</sup>	Akademia Techniczno - Humanistyczna, ul. Willowa 2, 43 – 309 Bielsko - Biała  <u>Miejsce przeprowadzenia wizyty monitoringowej: Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II, ul. Emilii Plater 17, 43 – 300 Bielsko – Biała.</u>

<sup>1</sup>O ile są różne



9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania, wartość projektu	<p><u>Nazwa projektu:</u> „Kompetencje zamawiane – pielęgniarstwo od kształcenia do zatrudnienia”.</p> <p><u>Numer projektu:</u> POWR.05.05.00-00-0004/18;</p> <p><u>Numer i nazwa Osi priorytetowej:</u> V. Wsparcie dla obszaru zdrowia</p> <p><u>Numer Działania:</u> 5.5 Rozwój usług pielęgniarstwa</p> <p><u>Wartość Projektu:</u> 9 813 089,00 PLN.</p> <p><u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli:</u> 6 806 568,06 zł.</p>
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	<p>Zakres wizyty monitoringowej umożliwi 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"> <li>• tematyki wsparcia,</li> <li>• terminu realizacji wsparcia,</li> <li>• sposobu udzielania wsparcia,</li> <li>• liczby uczestników.</li> </ul> <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,</p> <p>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	<p>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>	<p>Zespół kontrolujący, w dniu 27 lutego 2023 r., przeprowadził wizytę monitoringową projektu nr POWR.05.05.00-00-0004/18. Wizyta została przeprowadzona w Beskidzkim Centrum Onkologii – Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II przy ulicy Emilii Plater 17 w Bielsku – Białej. Skontrolowane zajęcia prowadzone były przez [REDAKTOWANE] pielęgniarkę, posiadającą kompetencje w zakresie opieki paliatywnej. Powyższe zajęcia zostały zaplanowane do realizacji w ramach zadania nr 5 Realizacja cyklu szkoleń podyplomowych w zakresie epidemiologiczno-demograficznym.</p> <p>W trakcie przeprowadzonej wizyty monitoringowej zweryfikowano dokumentację związaną z realizacją zajęć, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listę obecności z dnia 27.02.2023 r.;</li> <li>• Harmonogram wsparcia dostępny na stronie: <a href="http://wnoz.ath.bielsko.pl/harmonogramy/">http://wnoz.ath.bielsko.pl/harmonogramy/</a>;</li> <li>• Ankiety wypełnione przez uczestników szkolenia;</li> <li>• Dokumentację potwierdzającą kwalifikacje osoby prowadzącej zajęcia.</li> </ul> <p>Ze względu na praktyczny charakter zajęć oraz ich prowadzenie na Oddziale Medycyny Paliatywnej Szpitala, Zespół kontrolujący nie mógł uczestniczyć w zajęciach podczas ich prowadzenia. Ustalenia z przeprowadzonej wizyty zostały podjęte na podstawie rozmowy z prowadzącą, wywiadu oraz ankiet z uczestnikami.</p>
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"> <li>1. Wizytowana forma wsparcia (zajęcia stażowe) przekłada się bezpośrednio na realizację celów PO WER, a przede wszystkim celu szczegółowego Osi V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich.</li> <li>2. Forma wsparcia jest zgodna z wnioskiem o dofinansowanie projektu, m.in. w zakresie: tematyki, terminu sposobu realizacji wsparcia oraz liczby uczestników. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <u>Tematyka:</u></li> </ol> <p>Celem głównym projektu jest poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunku Pielęgniarstwo ATH, poprzez wdrożenie do dnia 31.12.2023 r. Programu Rozwojowego Uczelni, który przełoży się na zwiększenie zainteresowania studiami na kierunku pielęgniarstwo i przyczyni się do wykształcenia dodatkowej liczby absolwentów oraz rozwój kompetencji zawodowych i podniesienie kwalifikacji absolwentów kierunku Pielęgniarstwo odpowiadającym na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju poprzez organizację szkolenia podyplomowego (kursy zawodowe). Realizacja projektu przyczynia się</p> </li> </ol>	

do osiągnięcia celów szczegółowych POWER poprzez zainwestowanie środków finansowych na poprawę jakości kształcenia (stypendia motywacyjne dla najlepszych studentów), udział w zajęciach dodatkowych, (wykłady monograficzne, szkolenie praktyczne z zakresu komunikacji z pacjentem) oraz udział w wysokiej jakości programie praktyk odpowiadającym potrzebom rynku pracy (w tym zakup środków ochrony osobistej, wynagrodzenie opiekuna/tutora). Absolwenci, którzy zostali objęci wsparciem w projekcie kontynuują kształcenie oraz podejmą zatrudnienie w ciągu 6 m-cy od ukończenia studiów. Szkolenie praktyczne w podmiotach leczniczych realizowane jest w formie porozumienia o współpracy w zakresie organizacji praktyk zawodowych, natomiast zatrudnienie absolwenta w placówkach medycznych realizowane będzie na podstawie umowy o pracę pomiędzy absolwentem a placówką medyczną.

b) Termin:

Wizytowana forma wsparcia została zorganizowana zgodnie z harmonogramem projektu. Zarówno miejsce realizacji zajęć stażowych w ramach przedmiotowego kursu jak i ich termin są zgodne z Harmonogramem udostępnionym przez Beneficjenta na stronie internetowej: <http://wnoz.ath.bielsko.pl/harmonogramy/>.

c) Sposób realizacji wsparcia:

W oparciu o wizytowane zajęcia stażowe realizowane w ramach kursu specjalistycznego, ZK potwierdził, iż wsparcie w ramach Projektu jest udzielane zgodnie z WoD. Uczestnikami kursów specjalistycznych są absolwenci, objęci wsparciem w projekcie przez 24 m-ce licząc od dnia podjęcia zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki. W ramach wsparcia w Projekcie finansowane są 3 kursy specjalistyczne: Wykonywania i interpretacji zapisu EKG, Leczenia ran, Terapii bólu przewlekłego u osób dorosłych. Poszczególne kursy składają się z części teoretycznej oraz praktycznej.

Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Absolwent po ukończeniu kursu otrzymuje zaświadczenie w języku polskim wydane na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz kartę kwalifikacyjną, która zgodnie z Rozporządzeniem stanowi potwierdzenie ukończenia szkolenia. Po ukończonym szkoleniu uczestnik jest przygotowany do samodzielnego wykonywania czynności zawodowych w obszarze realizowanego szkolenia. Są to szkolenia certyfikowane i kończą się egzaminem. Podczas wizyty monitoringowej uczestnicy brali udział w zajęciach stażowych (część praktyczna).

d) Liczba uczestników:

We wniosku o dofinansowanie zaplanowano kursy dla 45 absolwentów z I naboru (Kurs EKG, Leczenia ran oraz Terapii bólu) oraz kursy dla 65 absolwentów z II naboru (Kurs EKG, Leczenia ran oraz Terapii bólu). Zgodnie z informacją mailową przekazaną w dniu 21.03.2023 r. przez Beneficjenta w ramach I naboru wsparciem objęto 41 uczestników, natomiast w zakresie II naboru wsparciem objęto 49 osób.

Kształcenie praktyczne w ramach kursów jest realizowane w 2-3 osobowych grupach.

Liczebność grup wynika z ogólnej liczby osób pracujących na oddziale, warunków lokalowych a przede wszystkim z zamiaru utrzymania wysokiej jakości kształcenia. W dniu przeprowadzania wizyty monitoringowej w zajęciach stażowych w ramach kursu specjalistycznego pn. „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych” udział wzięły 3 osoby.

3. W ramach projektu nie przewidziano zakupu sprzętu oraz 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 rozdał wszystkim uczestnikom zajęć stażowych, tj. 3 osobom, które brały udział w zajęciach, 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 3 wypełnione ankiety. 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% (3 osoby) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej.
  - Pytanie 2 - Proszę o podanie nazwy Funduszu Europejskiego Finansującego niniejsze przedsięwzięcie – 100% (3 osoby) ankietowanych wskazało prawidłową odpowiedź, tj. Europejski Fundusz Społeczny.

Na podstawie wyników ankiet, Zk potwierdza, że uczestnicy są zadowoleni z udziału w danej formie wsparcia oraz wysoko ocenili ich organizację:

- Pytanie 4 - Czy jest Pana/Pani zadowolony z udziału w danej formie wsparcia - 100% (3 osoby) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
  - Pytanie 5 – Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o celach projektu? – 100% (3 osoby) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
  - Pytanie 6 - Jak ocenia Pan/Pani sposób informowania o projekcie? – 100% (3 osoby) ankietowanych przyznało ocenę bardzo dobrą;
  - Pytanie 7 - Czy realizatorzy projektu przedstawili, w jakich formach wsparcia będzie Pan/Pani mógł/mogła uczestniczyć? - 100% (3 osoby) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
  - Pytanie 9 – Ocena programu formy wsparcia, w której Pan/Pani uczestniczy - pytanie zostało podzielone na 6 podpunktów tj.:
    - Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia zdobyłem/-am nową wiedzę/umiejętności potrzebne na moim stanowisku pracy – 100% (3 osoby) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
    - Cele danej formy wsparcia zostały jasno określone – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
    - Rytm pracy i środki dydaktyczne pomogły osiągnąć cele danej formy wsparcia – 100 % (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
    - Zakres zagadnień formy wsparcia został dobrze dopasowany do moich potrzeb - 100 % (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
    - Dzięki udziałowi w danej formie wsparcia jestem w stanie wprowadzić usprawnienia na moim stanowisku pracy – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
    - Dzięki udziałowi w zajęciach jestem w stanie podnieść efektywność zespołu w którym pracuję – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
6. W ankietach (odpowiedź na pytanie 13) uczestnicy wymienili najbardziej interesujące zagadnienia, które zostały omówione podczas realizacji danej formy wsparcia:
    - praktyczne wykorzystanie wiedzy zdobytej podczas kursu w placówce medycznej;
    - farmakoterapia w bólu
    - metody leczenia bólu.

Uczestnicy szkolenia, w odpowiedzi na pytanie 14 – co Pana/Pani zadaniem powinno zostać

ulepszone – nie mieli żadnych uwag.

7. Uczestnicy zajęć wykazali zadowolenie z posiadanej przez prowadzącego wiedzy oraz kompetencji, co zostało potwierdzone w oparciu o wyniki ankiety:

- Pytanie 11 - Ogólna ocena wykładowców - pytanie zostało podzielone na 2 podpunkty tj.:
  - Kompetencje wykładowców są adekwatne do celów zajęć – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
  - Postawa wykładowców jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowana – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”.

Jednocześnie, na podstawie dokumentacji dotyczącej kwalifikacji ██████████ Zespół kontrolujący potwierdził odpowiednie kompetencje osoby prowadzącej zajęcia.

8. Podczas przeprowadzonych, w dniu 27.02.2023 r., zajęć stażowych, z uwagi na specyfikę zajęć, uczestnicy nie otrzymywali materiałów szkoleniowych. Niemniej jednak, kurs specjalistyczny w zakresie terapii bólu przewlekłego u dorosłych, obejmuje zajęcia teoretyczne jak również zajęcia praktyczne. Uczestnicy otrzymywali, po zakończonym kursie w części teoretycznej podręcznik pn. „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych”.

9. Na podstawie wyników ankiet, ZK potwierdził, że uczestnicy wysoko oceniają ich jakość:

- Pytanie 3 - Czy otrzymał/a Pan/Pani materiały związane z formą wsparcia, w której bierze Pan/Pani udział? – 100% (3 osoby) udzieliły odpowiedzi twierdzącej;
- Pytanie 10 - Ocena sposobu organizacji zajęć - podpunkt 3  
Jakość materiałów przekazanych podczas realizacji formy wsparcia jest wysoka – 66,67% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 33,33% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”.

10. Zespół kontrolujący ustalił, że w zajęciach stażowych, w dniu 27.02.2023 r., w ramach kursu specjalistycznego pn. „Terapia bólu przewlekłego u dorosłych”, nie brały udziału osoby z niepełnosprawnościami. Niemniej jednak, miejsca, w których odbywają się staże, posiadają udogodnienia dla osób z niepełnosprawnością, tj.: miejsca parkingowe dla niepełnosprawnych, windy, podjazdy, dostosowane toalety.

Ze względu na brak w grupie uczestników osób z niepełnosprawnościami, mając na uwadze, że uczestnicy ocenili, że zajęcia stażowe zostały dostosowane do ich potrzeb oraz fakt, że w ramach projektu nie przewidziano produktów architektonicznych ZK uznaje, iż Beneficjent, co do zasady, zapewnił realizację formy wsparcia zgodnie ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2014-2020.

W ankietach przeprowadzonych przez Zk, żadna z osób nie wykazała posiadania specjalnych potrzeb wynikających ze stanu zdrowia.

Wyniki ankiet przedstawiają się następująco:

- Pytanie 8 – Jak Pan/Pani ocenia dostosowanie formy wsparcia do Pana/Pani potrzeb – pytanie podzielone na 4 podpunkty:
  - Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, które powinny być uwzględnione w trakcie danej formy wsparcia? – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi przeczącej;
  - Czy na etapie udziału w projekcie Beneficjent kontaktował się z Panem/Panią w celu ustalenia szczególnych potrzeb? – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
  - Czy miejsce i sposób realizacji formy wsparcia zostało dostosowane do Pana/Pani potrzeb? – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
  - Jakie Pana/Pani potrzeby wymagają uwzględnienia w projekcie – nie wskazano żadnych potrzeb;Zgodnie z przekazanymi Zk wyjaśnieniami, podczas rekrutacji na kursy Beneficjent kontaktował się mailowo/telefonicznie z potencjalnymi uczestnikami kursów jak również na bieżąco podczas spotkań z uczestnikami Beneficjent pytał uczestników o ewentualne specjalne potrzeby.

11. Miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia zostało prawidłowo oznaczone. Na drzwiach wejściowych do budynku Szpitala Miejskiego przy ulicy Emilii Plater 17 w Bielsku - Białej

	umieszczono plakat, w formacie A3, informujący o realizowanym projekcie, zawierający tytuł i cel projektu, nazwę beneficjenta wraz ze znakiem Unii Europejskiej i Funduszy Europejskich z odwołaniem do Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój i Europejskiego Funduszu Społecznej.	
13	Stwierdzone uchybienia/ nieprawidłowości	Nie stwierdzono uchybień/nieprawidłowości.
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	27.03.2023 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*

Joanna Tąkiel-Leśniewska  
/dokument podpisany elektronicznie/

.....  
(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Iwona Zielińska  
/dokument podpisany elektronicznie/

.....  
(Podpis członka zespołu kontrolującego)

Ernest Bober  
/dokument podpisany elektronicznie/

.....  
(Podpis członka zespołu kontrolującego)



Akceptowane i zatwierdzone przez:

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

Rafał Główczyński

Zastępca Dyrektora w Departamencie Nadzoru i Kontroli

/dokument podpisany elektronicznie/

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



Potwierdzam zgodność kopii z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	3275286.11146341.11311851
Nazwa dokumentu	Informacja pokontrolna z wizyty monitoringowej.pdf
Tytuł dokumentu	Informacja pokontrolna z wizyty monitoringowej
Sygnatura dokumentu	NKK2.9062.35.2023
Data dokumentu	2023-03-28 08:13:33
Skrót dokumentu	480470C2BEDB332FC2DDCAF9D68E9039D4BAFF 11
Wersja dokumentu	1.6
Data podpisu	2023-03-27
Podpisane przez	Joanna Tąkiel - Leśniewska Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego HSM
Data podpisu	2023-03-27
Podpisane przez	Iwona Zielińska Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego HSM
Data podpisu	2023-03-27
Podpisane przez	Ernest Piotr Bober Naczelnik
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2023-03-28
Podpisane przez	Rafał Głowczyński Zastępca Dyrektora
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego HSM
	EZD 3.112.1.1.

telefon: +48 22 250 01 46  
adres email: [kancelaria@mz.gov.pl](mailto:kancelaria@mz.gov.pl)  
[www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie)

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa



Data wydruku:	2023-03-28 21:05:23
Autor wydruku:	Tąkiel-Leśniewska Joanna