

Informacja pokontrolna nr 69/2022-2023/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.05.03.00-00-0001/18 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, zawartej w dniu 25 marca 2019 r. przez Ministra Zdrowia i Krakowską Akademię im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie.
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 69/2022-2023/POWR/WM z dnia 17 lutego 2023 r. do przeprowadzenia wizyty monitoringowej, kontrolę przeprowadzili: Iwona Zielińska – kierownik Zespołu kontrolującego (Zk), Joanna Tąkiel-Leśniewska – członek Zespołu kontrolującego. Ernest Bober – członek Zespołu kontrolującego.
4	Termin kontroli	26.02.2023 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Wizyta monitoringowa w miejscu realizacji wsparcia.
6	Tryb kontroli	Planowy
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	<u>Adres Beneficjenta:</u> Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków <u>Miejsce prowadzenia wizyty monitoringowej:</u> Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków - WCSM <u>Rodzaj wsparcia:</u> Szkolenie pn. Podstawowy kurs metodyczny dla instruktorów symulacji medycznej.
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania, wartość projektu	<u>Nazwa Projektu:</u> „Kształtowanie umiejętności klinicznych w warunkach symulowanych w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego” <u>Numer Projektu:</u> POWR.05.03.00-00-0001/18; <u>Numer Działania:</u> 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych; <u>Wartość Projektu:</u> 13 768 824,30 zł <u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli:</u> 11 197 342,92 zł
10	Zakres kontroli (obszary, które zostały objęte kontrolą)	Zakres wizyty monitoringowej umożliwia ocenę jakości i prawidłowości prowadzonych działań i obejmuje sprawdzenie, czy: a) wizytowana forma wsparcia odbywa się w terminie i miejscu wskazanym w harmonogramie realizacji wsparcia, udostępnionym przez Beneficjenta

¹ O ile są różne

		<p>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, 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 26.02.2023 r., przeprowadził wizytę monitoringową projektu POWR.05.03.00-00-0001/18. Wizyta została przeprowadzona w WCSM Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, gdzie odbywał się Podstawowy kurs metodyczny dla instruktorów symulacji medycznej.</p> <p>Skontrolowane zajęcia prowadzone były w ramach usługi zleconej, na podstawie umowy nr 193/2020, zawartej w dniu 12 listopada 2020 r. z firmą Krakowskie Centrum Rozwoju Kompetencji Sp. z o.o.</p> <p>W trakcie przeprowadzonej wizyty monitoringowej, zweryfikowano dokumentację związaną z realizacją zajęć w ramach Podstawowego kursu metodycznego dla instruktorów symulacji medycznej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • listę obecności z dnia 26.02.2023 r.; • harmonogram wsparcia opublikowany na stronie internetowej https://www.ka.edu.pl/ksztaltowanie-umiejetnosci-klinicznych/harmonogram-wsparcia/; • oznaczenia WCSM;

		<ul style="list-style-type: none"> • Informację w zakresie kompetencji trenerów prowadzących kurs (CV); • materiały szkoleniowe, pod względem oznaczeń; • ankiety wypełnione przez uczestników szkolenia.
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. Działania Projektu przekładają się bezpośrednio na realizację celów PO WER, a przede wszystkim celu szczegółowego Osi V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych. 2. Forma wsparcia jest zgodna z wnioskiem o dofinansowanie projektu, m.in. w zakresie: tematyki, terminu oraz sposobu realizacji wsparcia. <p><u>Tematyka:</u></p> <p>Głównym celem Projektu jest poprawa jakości kształcenia praktycznego przyszłych pracowników systemu ochrony zdrowia, poprzez utworzenie i rozwinięcie Wieloprofilowego Centrum Symulacji Medycznej (WCSM) w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego (KA). Zaplanowano, że cel ten zostanie osiągnięty dzięki opracowaniu i wdrożeniu programu rozwojowego uczelni, ukierunkowanego na stworzenie WCSM oraz kompleksowe przygotowanie kadry akademickiej w zakresie symulacji medycznej (uczestnictwo w kursach/stażach, opracowanie scenariuszy/ aplikacji) i realizację kształcenia praktycznego/dodatkowych zajęć dla studentów z wykorzystaniem metod symulacji medycznej</p> <p>Skontrolowany przez ZK kurs, zorganizowany został w trybie stacjonarnym, w ramach Zadania nr 13 – Zwiększenie kompetencji studentów kierunków medycznych oraz kadry akademickiej z zastosowaniem symulacji medycznej.</p> <p><u>Termin:</u></p> <p>Zgodnie z Harmonogramem projektu Beneficjent złożył realizację wizytowanej formy wsparcia w ramach Zadania 13, etap I - w I kw. 2019 r., III kw. 2020 r. oraz III kw. 2022 r. Niemniej jednak, w związku z sytuacją związaną z pandemią SARS- COV-2, a co za tym idzie, wprowadzonymi na uczelni ograniczeniami i obostrzeniami, niektóre formy zajęć zostały przesunięte na późniejsze terminy. ZK potwierdził, że termin realizacji kontrolowanego wsparcia został zorganizowany zgodnie z harmonogramem wsparcia, udostępnionym na stronie internetowej Projektu pod adresem: https://www.ka.edu.pl/ksztaltowanie-umiejetnosci-klinicznych/harmonogram-wsparcia/</p> <p><u>Sposób realizacji wsparcia:</u></p> <p>Skontrolowane zajęcia, pn. Podstawowy kurs metodyczny dla instruktorów symulacji Medycznej odbyły się w trybie stacjonarnym w Wieloprofilowym Centrum Symulacji Medycznej w siedzibie Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, przy ul. Gustawa Herlinga.</p> <p>Zgodnie z programem kursu zajęcia były prowadzone w dniach 24-26.02.2023, w ramach 5 modułów szkoleniowych.</p> <p>Dzień Pierwszy kursu</p> <p>Moduł I - Podstawy teoretyczne wykorzystania symulacji wysokiej wierności w kształceniu na kierunkach medycznych</p> <p>Czas trwania 5 godzin lekcyjnych</p> <p>Moduł 3 - Pisanie symulowanych scenariuszy klinicznych</p> <p>Czas trwania – 3 godziny lekcyjne</p> <p>Dzień 2 i 3</p> <p>Moduł 2: Kształcenie z wykorzystaniem symulacji medycznej – nauka umiejętności technicznych z wykorzystaniem trenażerów.</p>

Czas trwania – 5 godzin lekcyjnych

Moduł 4: Kształcenie z wykorzystaniem symulacji medycznej – symulowane scenariusze kliniczne

Czas trwania – 10 godzin lekcyjnych

Moduł 5: Prowadzenie oceny umiejętności z wykorzystaniem symulacji medycznej

Czas trwania – 6 godzin lekcyjnych

Mając na względzie warsztatowy charakter kursu, wizytowane zajęcia były prowadzone z podziałem na dwie grupy (6/7 osób w grupie).

Liczba uczestników:

Zgodnie z WoD, Beneficjent przewidział, iż wsparciem w ramach projektu zostanie objętych łącznie 42 pracowników Uczelni, zatrudnionych w WCSM, w tym 35 instruktorów, 5 techników oraz 1 edukator i 1 kierownik.

W oparciu o listę obecności, ZK ustalił, że w kontrolowanych zajęciach udział wzięło 13 instruktorów symulacji medycznej.

3. Sprzęt i wyposażenie, zakupione w celu udzielania wsparcia, były dostępne w miejscu realizacji formy wsparcia i były wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem, tj. podczas prowadzonych zajęć.
4. Zespół kontrolujący rozdał uczestnikom szkolenia 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 13 wypełnionych ankiet. 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% (13 osób) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej.
- Pytanie 2 - Proszę o podanie nazwy Funduszu Europejskiego Finansującego niniejsze przedsięwzięcie – 69,23% (9 osób) ankietowanych wskazało prawidłową odpowiedź, tj. Europejski Fundusz Społeczny, 23,08% (3 osoby) ankietowane wskazało nieprawidłową odpowiedź, tj. Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, 7,69 % (1 osoba) wskazała nieprawidłową odpowiedź, tj. Fundusz Spójności.

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% (13 osób) ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej.
- Pytanie 5 - Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o celach projektu? – 100% (13 osób), udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
- Pytanie 6 - Jak ocenia Pan/Pani sposób informowania o projekcie? – 92,31% (5 osób) badanych przyznało ocenę bardzo dobrą, 7,69% (1 osoba) przyznała ocenę dobrą,
- Pytanie 7 - Czy realizatorzy projektu przedstawili, w jakich formach wsparcia będzie Pan/Pani mógł/mogła uczestniczyć? - 100% (13 osób) udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
- Pytanie 9 – Ocena programu formy wsparcia - pytanie zostało podzielone na 6 podpunktów tj.:
 - Dzięki udziałowi w zajęciach zdobyłem/-am nową wiedzę/umiejętności potrzebne na moim stanowisku pracy – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „Zdecydowanie zgadzam się”;
 - Cele zajęć zostały jasno określone – 92,31% (12 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się, 7,69% (1 osoba) badana udzieliło odpowiedzi „Zgadza się”;
 - Rytm pracy i środki dydaktyczne pomogły cele kursu osiągnąć 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „Zdecydowanie zgadzam się”;
 - Zakres zagadnień na zajęciach został dobrze dopasowany do moich potrzeb - 92,31% (12 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się, 7,69% (1 osoba) badana udzieliło odpowiedzi „Zgadza się”;

- Dzięki udziałowi w zajęciach jestem w stanie wprowadzić usprawnienia na moim stanowisku pracy – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „Zdecydowanie zgadzam się”;
 - Dzięki udziałowi w zajęciach jestem w stanie podnieść efektywność zespołu, w którym pracuję – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „Zdecydowanie zgadzam się”.
5. Na podstawie wyników ankiet Zk stwierdził, że uczestnicy, przed rozpoczęciem udziału w szkoleniu, mieli możliwość wskazania Beneficjentowi informacji nt. specjalnych potrzebach związanych z udziałem we wsparciu:
- Pytanie 8 – Jak Pan/Pani ocenia dostosowanie formy wsparcia do Pana/Pani potrzeb – pytanie podzielone na 4 podpunkty
- Czy na etapie udziału w projekcie Beneficjent kontaktował się z Panem/Panią w celu ustalenia szczególnych potrzeb? – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
 - Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, które powinny być uwzględnione w trakcie danej formy wsparcia? – 69,23 % (9 osób) udzieliło odpowiedzi przeczącej, 30,77% (4 osoby badane) udzieliło odpowiedzi twierdzącej;
- Do osób, które wskazały odpowiedź twierdzącą na pytanie o posiadaniu specjalnych potrzeb, skierowane były kolejne trzy pytania w powyższym zakresie:
- Czy miejsce i sposób realizacji formy wsparcia zostało dostosowane do Pana/Pani potrzeb? – 100% (4 osoby, które wskazały szczególne potrzeby) udzieliły odpowiedzi twierdzącej.
 - Jakie Pana/Pani potrzeby wymagają uwzględnienia w projekcie?
 - trzy osoby wskazały „Udogodnienia związane z przemieszczaniem się po budynku” oraz „Udogodnienia w zakresie korzystania z Sali szkoleniowej/innych pomieszczeń”
 - jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi
 - Uwagi, sugestie dotyczące dostosowania projektu do Pana/Pani potrzeb:
 - jedna osoba wskazała „nie mam uwag” pozostałe 3 osoby nie udzieliły odpowiedzi.
- Ponadto zaznaczyć należy, że budynek, w którym zlokalizowane jest WCSM, posiada udogodnienia dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności wejście do budynku znajduje się z poziomu parteru (bez schodów). Ponadto, wewnątrz budynku funkcjonuje winda, którą można dotrzeć na wszystkie kondygnacje i do wszystkich sal znajdujących się w WCSM. Toaleta dostosowana jest do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, na drzwiach do toalety i innych pomieszczeń umieszczono tabliczki w języku Braille’a, co ułatwia poruszanie się po budynku przez osoby niewidome i słabowidzące.
6. Uczestnicy zajęć wykazali zadowolenie z posiadanej przez trenerów prowadzących zajęcia wiedzy oraz kompetencji, co zostało potwierdzone w oparciu o wyniki ankiety:
- Pytanie 11 - Ogólna ocena wykładowców - pytanie zostało podzielone na 2 podpunkty, tj.:
- Kompetencje wykładowcy/ów są adekwatne do celów zajęć – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „Zdecydowanie zgadzam się”;
 - Postawa wykładowcy/ów jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowana – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „Zdecydowanie zgadzam się”;
- Jednocześnie, na podstawie własnego osądu oraz cv wykładowców, Zk potwierdza, że trenerzy prowadzący zajęcia posiadają odpowiednią wiedzę i wysokie kompetencje w zakresie prowadzenia kursów dla instruktorów symulacji medycznej.
7. Na podstawie wyników ankiety, Zk potwierdził, że uczestnicy dobrze oceniają organizację wizytowanej formy wsparcia. Wyniki ankiety prezentują się następująco:
- Pytanie 10 - Ocena sposobu organizacji zajęć - pytanie zostało podzielone na 4 podpunkty, tj.:
- Lokalizacja miejsca zajęć, możliwość dojazdu jest odpowiednia – 92,31% (12 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 7,69% (1 osoba) badana udzieliło odpowiedzi „Zgadza się”;
 - Warunki pracy: sala, wyposażenie, oświetlenie pomagają aktywnie uczestniczyć w zajęciach – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
 - Jakość materiałów przekazanych podczas realizacji formy wsparcia jest wysoka 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
 - Jakość warunków (wyżywienie, zakwaterowanie) jest odpowiednia – 100% (13 osób) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”;
8. Ponadto, w pytaniach otwartych ankiety, uczestnicy wskazali m.in. odpowiedzi:

- Pytanie 12 – Jakich zagadnień podczas realizacji danej formy wsparcia zabrakło (proszę wymienić maksymalnie 5)?
 - Żaden z uczestników nie wskazał odpowiedzi
- Pytanie 13 – Proszę wymienić najbardziej interesujące zagadnienia, które zostały omówione podczas dennej formy wsparcia; Uczestnicy wymienili nw. zagadnienia:
 - Proces uczenia się – dorosłych,
 - Przekłady symulacji,
 - Radzenie sobie w stresującej sytuacji -debriefing,
 - Rola instruktora symulacji medycznej,
 - Metoda 4 kroków,
 - Pozytywne motywowanie studentów,
 - Współpraca z technikiem,
 - Przygotowanie scenariuszy wysokiej wierności
 - Prowadzenie debriefingu,
 - Korzystanie z materiałów i sprzętów w centrum symulacji,
- Pytanie 14 – Co Pana/Pani zdaniem powinno być ulepszone?
 - Jedna osoba wskazała prośbę o wydłużenie kursu o jeden dzień
- Pytanie 15 - Proszę opisać w jaki sposób udział w danej formie wsparcia wpłynął na Pana/Pani umiejętności? Uczestnicy zajęć wskazali m.in.:
 - „Usystematyzowałem pracę – plan scenariusza. Ulepszyłem metody pracy. Poszerzyłem wiedzę”;
 - „Zdecydowanie lepiej się przygotowuję do prowadzenia zajęć. Zdecydowanie wzbogacił moje postrzeganie symulacji jako narzędzia w prowadzonych zajęciach”;
 - „Poprawa komunikacji, zapoznanie się z wyposażeniem CSM, umiejętność pisania scenariuszy do zajęć”;
 - „Bardzo dobra forma wzbogacenia warsztatu nauczyciela, przygotowanie do prowadzenia zajęć symulacyjnych”;
 - „Umiejętność oceny pracy studentów w Centrum Symulacji med.”;
 - „Pozwoli rozbudować bazę scenariuszy”;

9. Miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia zostało prawidłowo oznaczone. W budynku Centrum Symulacji Medycznej Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, zlokalizowanym przy ul. Gustawa Herlinga – Grudzińskiego 1, 30-705 w Krakowie, w holu głównym umieszczono tablicę informacyjną o realizowanym projekcie, zawierającą 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 Społecznego.
10. Materiały szkoleniowe, w postaci prezentacji multimedialnych, wykorzystywanych podczas kursu zostały oznakowane zgodnie z Podręcznikiem wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji.

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	21.03.2023 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

Iwona Zielińska

Iwona Zielińska

dokument podpisany elektronicznie/
.....

(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Joanna Tąkiel - Leśniewska

/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 Głowczyński

Z-ca Dyrektora

Departamentu Nadzoru i Kontroli

/dokument podpisany elektronicznie/
.....

(Podpis osoby akceptującej i zatwierdzającej)

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	3273264.11106186.11263592
Nazwa dokumentu	IP POWR.05.03.00-00-0001_18.pdf
Tytuł dokumentu	IP POWR.05.03.00-00-0001_18
Sygnatura dokumentu	NKK2.9062.33.2023
Data dokumentu	2023-03-21
Skrót dokumentu	E494C51B2DC10424A8FD671DC4B8AB6A8B88FD09
Wersja dokumentu	1.7
Data podpisu	2023-03-21 09:22:19
Podpisane przez	Iwona Zielińska Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego HSM
Data podpisu	2023-03-21 09:27:45
Podpisane przez	Joanna Tąkiel - Leśniewska Główny Specjalista
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego HSM
Data podpisu	2023-03-21 10:10:36
Podpisane przez	Ernest Piotr Bober Naczelnik
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
Data podpisu	2023-03-21 10:51:49
Podpisane przez	Rafał Głowczyński Zastępca Dyrektora
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego HSM

EZD 3.112.1.1.

Data wydruku: 2023-03-21

Autor wydruku: Zielińska Iwona (Główny Specjalista)