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 ODPOWIEDZI NT. 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)