

Informacja pokontrolna nr 38/2023-2024/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.05.01.00-00-0037/17 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.
2	Nazwa jednostki kontrolującej	Ministerstwo Zdrowia, Instytucja Pośrednicząca dla Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia PO WER.
3	Imiona i Nazwiska osób Kontrolujących	Na podstawie Upoważnienia nr 38/2023-2024/POWR/WM z dnia 3 października 2023 r. do przeprowadzenia wizyty monitoringowej, kontrolę przeprowadzili: Anna Hawryluk – kierownik Zespołu kontrolującego (Zk), Małgorzata Puterman – członek Zespołu kontrolującego.
4	Termin kontroli	4.10.2023 r.
5	Rodzaj kontroli (kontrola systemowa, kontrola projektu, kontrola prawidłowości realizacji projektu Pomocy Technicznej PO WER)	Doraźna wizyta monitoringowa. Zespół kontrolujący połączył się zdalnie z uczestnikami formy wsparcia, która odbywała się stacjonarnie.
6	Tryb kontroli	Doraźny
7	Nazwa jednostki kontrolowanej	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.
8	Adres jednostki kontrolowanej i miejsca, w których przeprowadzono czynności kontrolne ¹	<u>Adres Beneficjenta:</u> Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., ul. Alojzego Piechowskiego 36, 83-400 Kościerzyna <u>Miejsce prowadzenia wizyty monitoringowej:</u> Zespół kontrolujący połączył się zdalnie z uczestnikami formy wsparcia odbywającej się w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Skarszewach, ul. Dworcowa 11, 83-250 Skarszewy. <u>Rodzaj wsparcia:</u> Szkolenie w zakresie zwiększania wiedzy o profilaktyce chorób naczyń mózgowych wśród lekarzy i pielęgniarek Podstawowej Opieki Zdrowotnej
9	Nazwa i numer kontrolowanego projektu oraz numer Działania, wartość projektu	<u>Nazwa Projektu:</u> „Wdrożenie profilaktyki chorób naczyń mózgowych”; <u>Numer Działania:</u> 5.1 Programy profilaktyczne <u>Wartość Projektu:</u> 1 506 072,00 zł <u>Wartość wydatków zatwierdzonych do dnia kontroli:</u> 889 627,45 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

		zgodnie z umową o dofinansowanie, b) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z celem projektu oraz wpisuje się w cele szczegółowe PO WER, c) wizytowana forma wsparcia jest zgodna z umową o dofinansowanie realizacji projektu podpisaną z beneficjentem i zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie, m.in. w zakresie: – tematyki wsparcia, – terminu realizacji wsparcia, – sposobu udzielania wsparcia, – liczby uczestników. d) sprzęt, wyposażenie oraz elementy infrastruktury zakupione w celu udzielania wsparcia są dostępne w miejscu realizacji formy wsparcia i są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem, e) wizytowana forma wsparcia skierowana jest do odpowiedniej grupy docelowej, wskazanej we wniosku, f) liczba osób podpisanych na liście obecności jest zgodna z liczbą osób obecnych w miejscu realizowanej usługi, g) pomieszczenia, w których realizowana jest usługa są dostosowane pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, h) materiały i środki niezbędne do realizacji wsparcia są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, i) uczestnik projektu wie, że bierze udział w projekcie dofinansowanym z EFS, j) uczestnicy projektu są zadowoleni z udziału w monitorowanej formie wsparcia czy wsparcie jest dopasowane do ich potrzeb, k) usługi w ramach projektu świadczone są na odpowiednim poziomie merytorycznym, l) prowadzący/trener/wykładowca posiada odpowiednią wiedzę i kompetencje, m) zapewniono odpowiednią jakość materiałów szkoleniowych/ dydaktycznych, n) jak uczestnicy projektu oceniają organizację wizytowanej formy wsparcia (lokalizacja, warunki techniczne), o) prawidłowo oznaczono miejsce realizacji wizytowanej formy wsparcia, p) prawidłowo oznaczono materiały szkoleniowe, dydaktyczne.
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)	Zespół kontrolujący, w dniu 04.10.2023 r., przeprowadził doraźną wizytę monitoringową projektu POWR.05.01.00-00-0037/17. Na umotywowaną pisemnie prośbę Beneficjenta wizyta została przeprowadzona w formie zdalnej – Zespół kontrolujący połączył się za pośrednictwem programu Ms Teams z uczestnikami szkolenia w zakresie zwiększania wiedzy o profilaktyce chorób naczyń mózgowych wśród lekarzy i pielęgniarek Podstawowej Opieki Zdrowotnej, odbywającego się w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Skarszewach, ul. Dworcowa 11, 83-250 Skarszewy. Powodem przeprowadzenia doraźnej wizyty monitoringowej w projekcie był fakt, że w roku obrachunkowym 2022/23 Beneficjent nie zrealizował form wsparcia, pomimo iż były one w tym okresie zaplanowane w harmonogramie realizacji projektu w WoD. Celem wizyty monitoringowej było więc potwierdzenie, czy pomimo opóźnienia względem harmonogramu, wsparcie w projekcie jest realizowane. W trakcie przeprowadzonej wizyty monitoringowej, zweryfikowano dokumentację związaną z realizacją szkolenia w tym: • Listy obecności z dnia 04.10.2023 r.; • Ankiety wypełnione przez uczestników szkolenia (ankiety zostały

		przekazane 4 uczestnikom formy wsparcia, zwrotnie Zk otrzymał 3 wypełnione ankiety); • Informację przekazaną w SL przez Beneficjenta o zamiarze przeprowadzenia zajęć, • Wersję elektroniczną prezentacji PowerPoint wykorzystywanej podczas zajęć, wizytowanych w dniu 04.10.2023 r; • Dokumenty potwierdzające wiedzę i kwalifikacje lekarskie prowadzącego szkolenie [REDACTED]
12	Ustalenia kontroli (należy wskazać zwięzłe i przejrzyste podsumowanie poszczególnych obszarów tematycznych) W wyniku przeprowadzonej kontroli ustalono, że: 1. Działania Projektu przekładają się bezpośrednio na realizację celów PO WER, a przede wszystkim celu szczegółowego Osi V „Wsparcie dla obszaru zdrowia”, 5.1 Programy profilaktyczne. 2. Wizytowana forma wsparcia jest zgodna z Umową o dofinansowanie realizacji Projektu, podpisaną z Beneficjentem i zatwierdzonym WoD, m.in. w zakresie: <u>Tematyki wsparcia:</u> Celem głównym projektu jest zwiększenie wczesnego wykrywania i rozpoznawalności chorób naczyń mózgowych wśród 6000 osób pochodzących z województw pomorskiego, kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego w okresie od stycznia 2018 r. do grudnia 2023 r. poprzez wdrożenie pilotażowego programu profilaktycznego w tym ogólnopolskiego programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie chorób naczyń mózgowych. Program profilaktyki zakłada profilaktykę i wczesne rozpoznanie objawów chorób naczyń mózgowych, w szczególności udarów mózgu i przemijającego ataku niedokrwienego (TIA), u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat). Skontrolowana przez Zk forma wsparcia została zorganizowana w ramach Zadania 1 - Edukacja (pozycje 1-3). <u>Sposobu udzielania wsparcia:</u> Zgodnie z WoD, w projekcie założono realizację 2 szkoleń skierowanych do personelu medycznego o zakresie tematycznym wskazanym w kryteriach dostępu do konkursu. Beneficjent zaplanował szkolenia wykładowe, z których jedno miało się odbyć na początku projektu przed rozpoczęciem współpracy z POZ (zakończone wydaniem certyfikatu), drugie - po roku czasu, tak, aby zweryfikować wiedzę oraz przeprowadzić wtórne szkolenie w zakresach tematycznych. Na podstawie wywiadu z Beneficjentem i przekazanych wyjaśnień i dokumentów (list obecności), Zk potwierdził, że projekt umożliwia dwukrotne skorzystanie ze wsparcia przez pracowników POZ, stąd na 4 uczestników wizytowanej formy wsparcia, 2 osoby korzystały ze wsparcia po raz pierwszy, a 2 kolejne po raz drugi. Zk stwierdził jednak, że wizytowana forma wsparcia nie jest zgodna z Umową o dofinansowanie realizacji Projektu, podpisaną z Beneficjentem i zatwierdzonym WoD, m.in. w zakresie: <u>Terminu realizacji wsparcia:</u> Zgodnie z założeniami WoD, Beneficjent założył realizację szkolenia w ramach Zadania nr 1 Edukacja w terminie od stycznia 2018 r. do końca III kwartału 2023 r. Wizytowane Szkolenie zostało przeprowadzone w dniu 04.10.2023 r., co nie jest zgodne z harmonogramem realizacji projektu zawartym w WoD. <u>Liczby uczestników:</u> Zgodnie z WoD Beneficjent zakładał, że zostanie przeszkolonych po 60 lekarzy i pielęgniarek (w grupach 20-osobowych - 3 grupy pielęgniarek i 3 grupy lekarzy). Zaplanowano, że uczestnicy formy wsparcia przyjadą do placówki Beneficjenta, gdzie zostanie każdorazowo dla danej grupy przeprowadzone 5-	

godzinne szkolenie w zakresie wskazanym w regulaminie projektu.

Beneficjent wyjaśnił Zespołowi kontrolującemu, że od momentu rozpoczęcia się epidemii SARS-COV-2, odstąpiono od zaplanowanej formy spotkań szkoleniowych, ponieważ przedstawiciele POZ ze względów epidemicznych nie chcieli uczestniczyć w takich spotkaniach. Ponadto pracownicy POZ-tów wskazywali, iż okresy wzmożonych infekcji wirusowych wymagają ich obecności w miejscu pracy. Beneficjent wobec powyższego postanowił realizować wsparcie szkoląc niewielkie grupy pracowników współpracujących POZ-tów w ich placówkach.

W takiej formie została zorganizowana wizytowana forma wsparcia, w której w trakcie spotkania przeprowadzonego w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Skarszewach, przeszkolono czworo pracowników. Ponadto Beneficjent oświadczył, że do dnia kontroli przeszkolono 113 osób z pierwotnie zaplanowanej liczby 120 (60 pielęgniarek i lekarzy odbywających po dwa szkolenia).

Zk stwierdza, że wizytowana forma wsparcia była niezgodna z zatwierdzonym WoD w zakresie terminu realizacji wsparcia i liczby uczestników. W odpowiedzi na prośbę o wyjaśnienie sytuacji Beneficjent przyznał, iż „przy ostatniej aktualizacji projektu (w wyniku wydłużenia realizacji do 15.12.2023) omyłkowo nie zaktualizowaliśmy wydłużenia realizacji tego wsparcia do IV kwartału 2023. Wniosek wymaga korekty w tym zakresie.” **Pomimo, iż Zk przyjmuje ww. wyjaśnienia Beneficjenta, należy stwierdzić, że Beneficjent powinien zaktualizować Wniosek o dofinansowanie w powyższym zakresie, tak by jego zapisy odzwierciedlały stan faktyczny w projekcie. Biorąc pod uwagę bliski termin zakończenia projektu, ZK zobowiązuje Beneficjenta do kontaktu z Opiekunem merytorycznym Projektu w celu ustalenia zasadności wprowadzenia zmian w WoD w ww. zakresie.**

3. Podczas skontrolowanego szkolenia nie korzystano ze sprzętu zakupionego w ramach projektu. Na podstawie wywiadu z Beneficjentem, Zk ustalił, iż ze względu na wzrost cen, w ramach projektu zakupione zostały tylko holtery, a do ich obsługi wykorzystano istniejące w szpitalu komputery. W konsekwencji komputery, które miały być kupione do obsługi badań z wykorzystaniem holterów (nie do obsługi szkoleń) nie zostały kupione, a w to miejsce udało się zintegrować i wykorzystać istniejący sprzęt w szpitalu. Beneficjent otrzymał na to zgodę IP.
4. Zespół kontrolujący rozesłał do uczestników 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. Ankiety wysłano do 4 uczestników formy wsparcia, zwrótnie otrzymano 3. 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.
5. 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 - 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi twierdzącej;
 - Pytanie 6 - Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o celach projektu? – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi twierdzącej;
 - Pytanie 7 - Jak ocenia Pan/Pani sposób informowania o projekcie – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „Bardzo dobrze”
 - Pytanie 8 - Czy realizatorzy projektu przedstawili, w jakich formach wsparcia będzie Pan/Pani mógł/mogła uczestniczyć? 3 osoby (100%) 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 – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”,
 - Cele formy wsparcia zostały jasno określone – 66,67% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 33,33% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”.
 - Rytm pracy i środki dydaktyczne pomogły osiągnąć cele formy wsparcia – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”,
 - Zakres zagadnień podczas formy wsparcia został dobrze dopasowany do moich potrzeb – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”,
 - Dzięki udziałowi w formie wsparcia jestem w stanie wprowadzić usprawnienia na moim stanowisku pracy - 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”,
 - Dzięki udziałowi w formie wsparcia jestem w stanie podnieść efektywność zespołu, w którym pracuję - 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”.
6. Na podstawie wyników ankiet ZK stwierdził, że w zajęciach kursu nie brały udziału osoby z niepełnosprawnościami, a uczestnicy nie wymienili specjalnych potrzeb w celu dostosowania zajęć do ich potrzeb:
- Pytanie 9 – Czy na etapie udziału w projekcie Beneficjent kontaktował się z Panem/Panią w celu ustalenia szczególnych potrzeb? – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi twierdzącej
 - Pytanie 10 Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, które powinny być uwzględnione w trakcie danej formy wsparcia? - 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „nie”
7. Jednocześnie należy odnotować, że lokalizacja szkolenia została wybrana w odpowiedzi na zgłaszaną przez uczestników potrzebę, dotyczącą zorganizowania szkolenia w miejscu ich pracy, tak aby zminimalizować brak obecności pracowników. Jak wyjaśnił Beneficjent, czas covidowy, pocovidowy oraz dodatkowo okres jesienny, powodują wzmożenie ruchu pacjentów, co utrudnia mobilność pracowników POZ poza ich miejsce pracy w celach edukacyjnych.
8. Zgodnie z oświadczeniem złożonym przez Beneficjenta a także na podstawie przekazanej dokumentacji fotograficznej Zk stwierdził, iż miejsce, w którym przeprowadzono szkolenie posiada szereg udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami:
- dostępność windy;
 - szerokie wejście dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
 - miejsce parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami;
 - łazienka dostosowana dla osób z niepełnosprawnościami.
9. Z wywiadu przeprowadzonego z Beneficjentem wynika, iż w wizytowanej formie wsparcia nie brały udziału osoby z niepełnosprawnością.
10. Podczas szkolenia wykorzystywana była prezentacja multimedialna opracowana w formacie PowerPoint, którą Beneficjent przekazał w wiadomości mailowej z dnia 05.10.2023 r. Na podstawie wyników ankiet ZK potwierdził, że uczestnicy otrzymali materiały szkoleniowe (prezentacje multimedialne) oraz że wysoko oceniają ich jakość:
- Pytanie 3 - Czy otrzymał/a Pan/Pani materiały związane w prowadzonym kursie – 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi twierdzącej
 - Pytanie 16 - Ocena sposobu organizacji danej formy wsparcia - Jakość materiałów przekazanych podczas formy wsparcia jest wysoka - 66,67% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, 33,33% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”.
11. 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 - 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, - Postawa wykładowcy/ów jest przyjazna, profesjonalna i zaangażowana - 3 osoby (100%) udzieliły odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 12. Jednocześnie na podstawie własnego osądu, ZK potwierdza, że [REDACTED] który prowadził wizytowane szkolenie posiada wiedzę i wysokie kompetencje do realizacji zajęć. 13. 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 – 66,67% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”, 33,33% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”; - Warunki pracy: sala, wyposażenie, oświetlenie pomagają aktywnie uczestniczyć w zajęciach – 66,67% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”, 33,33% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się”; - Jakość materiałów przekazanych podczas zajęć jest wysoka – 100% (3 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się” - Jakość warunków (wyżywienie, zakwaterowanie) jest odpowiednia – 66,67% (2 osoby) badanych udzieliło odpowiedzi „częściowo zgadzam się”, 33,33% (1 osoba) badanych udzieliło odpowiedzi „zgadzam się”. 14. Ponadto uczestnicy mogli wypowiedzieć się w pytania otwartych: ➤ Na pytanie otwarte Jakich zagadnień podczas formy wsparcia zabrakło (proszę wymienić maksymalnie 5)? - jedna z osób odpowiedziała „Wykład był wyczerpujący”. ➤ Na pytanie Proszę wymienić najbardziej interesujące zagadnienia, które zostały omówione podczas formy wsparcia (maksymalnie 3) - uczestnicy udzielili następujących odpowiedzi: - Dieta, istota udaru mózgu, profilaktyka udaru; - Objawy udaru mózgu, szybka pomoc w czasie wystąpienia udaru, leczenie, profilaktyka udaru; - Postępowanie z pacjentem przy udarze mózgu, profilaktyka chorób mózgu. ➤ Na pytanie Co Pana/Pani zdaniem powinno zostać ulepszone? udzielono następujących odpowiedzi: - Nie mam uwag; - Więcej materiałów edukacyjnych dla pacjenta; - Jest dobrze. ➤ Na pytanie Proszę opisać w jaki sposób udział w formie wsparcia wpłynął na Pani/Pana umiejętność? Udzielono następujących odpowiedzi: - Uzupełnił wiedzę jak zastosować w praktyce prowadzenie profilaktyki chorób mózgowych; - Uzupełnienie wiedzy na temat udaru mózgu; - Poszerzył wiedzę na temat chorób udaru mózgu. 15. Na drzwiach wejściowych do pomieszczeń, w których odbyło się szkolenia oraz w samej sali szkoleniowej Beneficjent umieścił plakaty w formacie A3, zawierające znaki graficzne UE i POWER, z informacją o realizacji projektu. Z uwagi na fakt, że Zk połączył się zdalnie z uczestnikami szkolenia odbywającego się w budynku GOZ w Skarszewach, powyższe zostało zweryfikowane na podstawie dokumentacji zdjęciowej przekazanej przez Beneficjenta. 16. Materiały szkoleniowe tj. prezentacja multimedialna wykorzystywana podczas szkolenia została prawidłowo oznaczona znakami graficznymi PO WER i UE.	
13	Stwierdzone uchybienia/	Wizytowana forma wsparcia była niezgodna z zatwierdzonym WoD w zakresie terminu realizacji wsparcia i liczby uczestników.

	nieprawidłowości	
14	Stwierdzone podejrzenia oszustw finansowych lub działania o charakterze korupcyjnym	Nie stwierdzono.
14	Ocena wg kryteriów	Nie dotyczy.
15	Zalecenia pokontrolne	Beneficjent powinien zaktualizować Wniosek o dofinansowanie w zakresie terminu realizacji wsparcia i liczby uczestników, tak by jego zapisy odzwierciedlały stan faktyczny w projekcie. Biorąc pod uwagę bliski termin zakończenia projektu ZK zobowiązuje Beneficjenta do kontaktu z Opiekunem merytorycznym Projektu w celu ustalenia zasadności wprowadzenia zmian w WoD w ww. zakresie.
16	Data sporządzenia Informacji pokontrolnej	3.11.2023 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

Anna Hawryluk

Anna Hawryluk
dokument podpisany elektronicznie/

.....
(Podpis kierownika zespołu kontrolującego)

Małgorzata Puterman

/dokument podpisany elektronicznie/

.....
(Podpis członka zespołu kontrolującego)

Akceptowane i zatwierdzone przez:

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

Ernest Bober

Naczelnik Wydziału Kontroli 2

/dokument podpisany elektronicznie/

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