

## KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O PŁATNOŚĆ

Priorytet 4: „Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej”  
Program Operacyjny „Rybacktwo i Morze”  
w zakresie działania:

**Realizacja lokalnych strategii rozwoju kierowanych przez społeczność  
w zakresie projektów grantowych**

Rodzaj płatności:

pośrednia

☐

etap \_\_\_\_ / \_\_\_\_

końcowa

☐

**Znak sprawy:**

**Nazwa Beneficjenta:**

**Data przyjęcia wniosku:**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

## Osoby dokonujące oceny wniosku o płatność

### 1. Weryfikujący

<hr/>									
<i>(imię i nazwisko Weryfikującego)</i>									
<div><div></div><div></div></div>		-	<div><div></div><div></div></div>		-	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
d	d		m	m		r	r	r	r
<hr/>									
<i>(imię i nazwisko Zatwierdzającego)</i>									

#### 1a. Zmiana Weryfikującego

☐

<hr/>									
<i>(imię i nazwisko Weryfikującego)</i>									
uzasadnienie zmiany									
<div></div>									
<div></div>									
<div></div>									
<div></div>									
<div></div>									
<div><div></div><div></div></div>		-	<div><div></div><div></div></div>		-	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
d	d		m	m		r	r	r	r
<hr/>									
<i>(imię i nazwisko Zatwierdzającego)</i>									

#### 1b. Zmiana Weryfikującego

☐

<hr/>									
<i>(imię i nazwisko Weryfikującego)</i>									
uzasadnienie zmiany									
<div></div>									
<div></div>									
<div></div>									
<div></div>									
<div></div>									
<div><div></div><div></div></div>		-	<div><div></div><div></div></div>		-	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
d	d		m	m		r	r	r	r
<hr/>									
<i>(imię i nazwisko Zatwierdzającego)</i>									

2. Sprawdzający

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

--	--	--	--	--	--	--	--

d d - m m - r r r r

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2a. Zmiana Sprawdzającego

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

--	--	--	--	--	--	--	--

d d - m m - r r r r

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany


2b. Zmiana Sprawdzającego

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

--	--	--	--	--	--	--	--

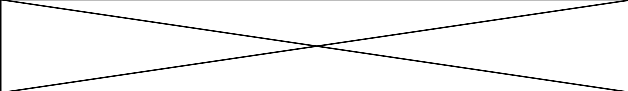
d d - m m - r r r r

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany


## WERYFIKACJA ZASAD HORYZONTALNYCH

	Weryfikujący	Sprawdzający
	ND	ND
1. Czy zasada partnerstwa i wielopoziomowego zarządzania została naruszona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy zasada promowania równości mężczyzn i kobiet oraz niedyskryminacji i dostępności dla osób z niepełnosprawnościami została naruszona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy zasada pomocy publicznej została naruszona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy operacja generuje dochód w rozumieniu art. 61, art. 65 pkt 8 rozporządzenia nr 1303/2013?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko/ data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko/ data i podpis

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko/ data i podpis

\*Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**A: WERYFIKACJA WSTĘPNA****A I. Weryfikacja wstępna**

		Wstawić "X" we właściwym miejscu			
		Weryfikujący		Sprawdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
1.	Wniosek został złożony w terminie określonym w umowie o dofinansowanie, z zastrzeżeniem jednokrotnej możliwości wezwania do złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 210 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, przepisów Unii Europejskiej lub przepisów odrębnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Beneficjent nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	W odniesieniu do Beneficjenta nie ogłoszono upadłości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Beneficjent nie jest winny nadużyciu finansowemu w rozumieniu art. 1 Konwencji o ochronie interesów finansowych Wspólnot Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Rybackiego lub Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego (art. 10 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 508/2014 z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenia Rady (WE) nr 2328/2003, (WE) nr 861/2006, (WE) nr 1198/2006 i (WE) nr 791/2007 oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1255/2011 (Dz. Urz. UE L 149 z 20.05.2014, str. 1, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data sprawdzenia w: Krajowym Rejestrze Sądowym rejestrze MF					

**A II. Wynik weryfikacji wstępnej:**

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził:

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził\*:

imię i nazwisko

data i podpis

\*Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**Uwagi:**


**B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, PONIESIONYCH KOSZTÓW NA PROJEKT GRANTOWY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ WERYFIKACJI DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ**

**B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI**

**I. Weryfikacja załączników**

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
<b>A. Załączniki dotyczące beneficjenta</b>						
1. Umowy o powierzenie grantu - kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Dowody zapłaty (np. wyciąg z rachunku bankowego przeznaczonego do obsługi projektu grantowego zawierający informację o płatnościach dokonanych przez beneficjenta na rzecz grantobiorców, polecenie przelewu lub dokumenty potwierdzające rozliczenie bezgotówkowe) - kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B. Załączniki dotyczące operacji</b>						
3. Dokumenty potwierdzające przeprowadzenie oceny spełniania przez Grantobiorców warunków, o których mowa w § 37 pkt 1 i 3 rozporządzenia <sup>2</sup> - oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Karty rozliczenia zadania w zakresie projektu grantowego (sporządzany na formularzu udostępnionym przez IZ)- oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Informacja o numerze rachunku bankowego beneficjenta, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo - kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy w ramach danej transzy (jeżeli dotyczy - załącznik wymagany w przypadku, gdy wystąpiły zmiany po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy) - oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Sprawozdanie z realizacji operacji (składane wraz z wnioskiem o płatność końcową) - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oświadczenie beneficjenta o wyodrębnieniu osobnych kont albo korzystaniu z odpowiedniego kodu rachunkowego w rozumieniu art. 125 ust. 4 lit. b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.) dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji (sporządzone na formularzu udostępnionym przez IZ) - oryginał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Pełnomocnictwo - jeżeli dotyczy, (wymagane w przypadku, gdy zostało udzielone innej osobie niż podczas składania wniosku o dofinansowanie lub gdy zmienił się zakres uprzednio udzielonego pełnomocnictwa) - oryginał lub kopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C. Inne załączniki:**

11. Oświadczenia i zgody dotyczące przetwarzania danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. Liczba załączników (razem):</b>						

**II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku**

1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Liczba załączników podana we wniosku zgadza się z liczbą załączników faktycznie załączonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dane identyfikacyjne beneficjenta podane we wniosku są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wniosek został podpisany przez osoby upoważnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wszystkie pola we wniosku zostały wypełnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wymagane załączniki zostały dołączone wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Uwagi:**


## B2 WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I PONIESIONYCH KOSZTÓW NA PROJEKT GRANTOWY

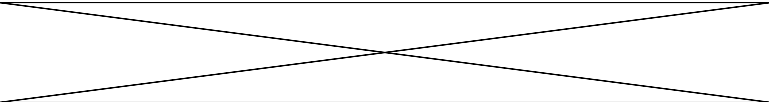
### I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą kwoty grantów oraz kwoty pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Zrealizowany zakres z Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji jest zgodny z zakresem wymienionym w zestawieniu rzeczowo-finansowym operacji załączonym do umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Prawidłowo udokumentowano zrealizowanie zakresu rzeczowo-finansowego i dołączono wymagane odrębnymi przepisami oraz postanowieniami umowy: opinie, licencje, zaświadczenia lub decyzje związane z realizacją projektu grantowego, w tym dotyczące spełniania wymagań sanitarnych, ochrony środowiska, weterynaryjnych, a także dotyczących bezpieczeństwa żywności i żywienia oraz warunków ochrony zwierząt - jeżeli są wymagane przepisami prawa krajowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Zakres rzeczowy zrealizowanego projektu grantowego z Zestawienia rzeczowo-finansowego operacji jest zgodny z kartą rozliczenia zadania w zakresie projektu grantowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Koszty na projekt grantowy zostały poniesione od dnia podpisania umowy o dofinansowanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Koszty na projekt grantowy zostały poniesione wyłącznie na zadania określone w karcie rozliczenia zadania zgodnie z § 11-13 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beneficjent wywiązał się z obowiązku informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFMR zgodnie z warunkami określonymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beneficjent uwzględnił wszystkie zdarzenia gospodarcze (transakcje) związane z realizacją projektu grantowego, w oddzielnym systemie rachunkowości lub do jej identyfikacji wykorzystał odpowiedni kod rachunkowy, albo prowadzi zestawienie faktur lub równoważnych dokumentów księgowych na formularzu udostępnionym przez Samorząd Województwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
1. Grant, w rozumieniu art. 14 ust. 5 ustawy o rozwoju lokalnym, został udzielony grantobiorcy, o którym mowa w art. 14 ust. 5 ustawy o rozwoju lokalnym, wybranym zgodnie z procedurami zawartymi w LSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Wartość każdego grantu służącego osiągnięciu celu projektu grantowego jaki został zrealizowany przez grantobiorcę nie jest wyższa niż 50 000 zł. oraz nie jest niższa niż 5 000 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Grantobiorca spełnia warunki określone w art. 11 pkt. 1 ustawy o EFMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wysokość zrealizowanej pomocy finansowej nie przekracza 300 000 zł. na jeden projekt grantowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Grantobiorca dokonał zapłaty w odniesieniu do wszystkich kosztów objętych wnioskiem, w formie bezgotówkowej, nie później niż do dnia złożenia wniosku o płatność, a w przypadku gdy Beneficjent został wezwany do usunięcia braków lub złożenia wyjaśnień, nie później niż w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Granty zostały udzielone grantobiorcom na podstawie umowy o powierzeniu grantu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Cel operacji został osiągnięty / może zostać osiągnięty na warunkach określonych w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Wskaźniki realizacji celu operacji zostały osiągnięte / mogą zostać osiągnięte oraz beneficjent przedstawił stosowne dokumenty potwierdzające osiągnięcie tych wskaźników w trybie określonym w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Cel operacji i wskaźniki realizacji celu operacji mogą zostać osiągnięte pomimo niezrealizowania części zakresu rzeczowo-finansowego danego etapu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3 WERYFIKACJA POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM				
	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO WEZW.	TAK	DO WEZW.
1. We wniosku nie stwierdzono błędów rachunkowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dane finansowe w zestawieniu rzeczowo-finansowym z realizacji operacji wynikają z danych zawartych w wykazie faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej, dokumentujących koszty grantobiorcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Łączne kwoty kosztów na realizację projektu grantowego z Zestawienia rzeczowo-finansowego z realizacji operacji są zgodne z Wykazem faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej i kwotą we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wnioskowana kwota pomocy jest poprawnie wyliczona i nie przekracza kwoty określonej w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Uwagi:**


**B4 WERYFIKACJA DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ**


	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	DO WEZW.	TAK	DO WEZW.
1. Wymagane pola w sprawozdaniu z realizacji projektu grantowego zostały wypełnione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sprawozdanie zostało podpisane przez beneficjenta/osobę reprezentującą beneficjenta /pełnomocnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Informacje ogólne na temat projektu grantowego i beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Przebieg realizacji projektu grantowego i planu rzeczowego jest zgodny z postanowieniami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sprawozdanie z realizacji projektu grantowego jest zgodne z opisem operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Na podstawie załączonych dokumentów, w tym sprawozdania z realizacji projektu grantowego (w którym określono sposób informowania), należy sprawdzić, czy beneficjent, w trakcie realizacji operacji, zgodnie z umową, prowadził działania informacyjno – promocyjne, informując o celu realizacji operacji oraz finansowaniu jej z EFMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zweryfikował:** .....  
imię i nazwisko

.....  
data i podpis

**Sprawdził:** .....  
imię i nazwisko

.....  
data i podpis

**Zatwierdził\*:** .....  
imię i nazwisko

.....  
data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


## C: WYNIK

### C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, PONIESIONYCH KOSZTÓW NA PROJEKT GRANTOWY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM ORAZ WERYFIKACJI DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ

#### I. Wynik weryfikacji wniosku

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


#### II. Wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień

☐

Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień przez Beneficjenta:	
	dd/mm/rrr

Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 do karty

**IIa. Wynik weryfikacji po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek wymaga ponownego wezwania do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  

imię i nazwisko

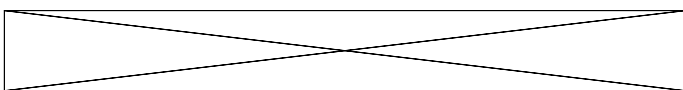
data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**IIb. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień****Zakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty**

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień przez Beneficjenta:	
	dd/mm/rrr

**Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień - załącznik nr 1 do karty****IIc. Wynik weryfikacji po ponownym wezwaniu do usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek rozpatuje się w zakresie, w jakim został wypełniony oraz na podstawie dołączonych do tego wniosku poprawnie sporządzonych dokumentów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ data i podpis

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**Uwagi:**


## C2. WERYFIKACJA KRZYŻOWA

### I. Weryfikacja krzyżowa

	Weryfikujący				Sprawdzający			
	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND	TAK	NIE	DO WYJAŚNIEN	ND
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie Priorytetu 4 Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej objętego Programem Operacyjnym "Rybnactwo i Morze", stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</p> <p>1.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych/ Uzasadnienie w przypadku, kiedy kontrola nie dotyczy.								

### II. Wynik

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
<p>Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny - operacja nie została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych</p> <p>1.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Do wydania rostrzygnięcia niezbędne jest wezwanie beneficjenta do złożenia wyjaśnień</p> <p>2.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy - operacja została sfinansowana z udziałem innych środków publicznych</p> <p>3.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  

imię i nazwisko

data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  

imię i nazwisko

data i podpis

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  

imię i nazwisko

data i podpis

Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym


### III. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ

Data doręczenia beneficjentowi pisma w sprawie złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr

#### IIIa. Wynik wyjaśnień

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ data i podpis

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_ data i podpis

Decyzja w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym i Sprawdzającym




**C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, PONIESIONYCH KOSZTÓW NA PROJEKT GRANTOWY, POD WZGLĘDEM RACHUNKOWYM, WERYFIKACJI DOKUMENTÓW NA PŁATNOŚCI OSTATECZNEJ ORAZ KONTROLI KRZYŻOWEJ**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i nie wymaga korekty kwoty kosztów poniesionych na projekt grantowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i wymaga korekty kwoty kosztów poniesionych na projekt grantowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował:

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
data i podpis

Sprawdził:

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
data i podpis

Zatwierdził\*:

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**Uwagi:**




## D: KONTROLA NA MIEJSCU

Kontrola wykonywana jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki Morskiej i Żeglugi Śródlądowej z dnia 21 września 2016r. w sprawie szczegółowego sposobu, trybu oraz terminów przeprowadzania kontroli realizacji strategii rozwoju lokalnego oraz w odniesieniu do operacji w ramach PO RiM oraz wzoru upoważnienia do wykonywania czynności w ramach tych kontroli.

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Operacja została wytypowana do kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na podstawie dotychczasowej oceny wniosku 2. wymagane jest przeprowadzenie kontroli na miejscu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia kontroli na miejscu.


### Elementy podlegające sprawdzeniu:


Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_


Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**I. Wynik kontroli na miejscu****Z TYPOWANIA:**

DATA TYPOWANIA :		<input type="checkbox"/>
sposób typowania:		
DATA PRZEPROWADZENIA:		<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA INFORMACJI POKONTROLNEJ:		

**NA ZLECENIE:**

DATA PRZEPROWADZENIA:		<input type="checkbox"/>
DATA PRZEKAZANIA INFORMACJI POKONTROLNEJ:		

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
Z informacji pokontrolnej nie wynika 1. konieczność złożenia dodatkowych wyjaśnień - wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z informacji pokontrolnej wynika, że 2. niezbędne jest złożenie dodatkowych wyjaśnień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i 3. wymaga korekty wnioskowanej kwoty pomocy do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


**Uwagi:**


**II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień**

Data doręczenia beneficjentowi pisma w sprawie złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia :	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr

**III. Weryfikacja po złożeniu wyjaśnień:**

	Weryfikujący		Sprawdzający	
	TAK	NIE	TAK	NIE
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. Wynik kontroli na miejscu po wyjaśnieniach**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający*
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wniosek kwalifikuje się do dalszej oceny i 2. wymaga korekty kwoty wnioskowanej do refundacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

## V. Zalecenia pokontrolne

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Wymagane jest sporządzenie zaleceń pokontrolnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Przekazanie zaleceń pokontrolnych do Beneficjenta

Data doręczenia beneficjentowi pisma w sprawie zaleceń pokontrolnych:	
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy wdrożyć zalecenia pokontrolne :	
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	
	dd/mm/rrrr

## Weryfikacja wdrożenia zaleceń pokontrolnych

	Weryfikujący		Sprawdzający		Zatwierdzający*	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Czy przekazane przez beneficjenta dokumenty poświadczają wdrożenie zaleceń pokontrolnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy przeprowadzone czynności w ramach kontroli na miejscu potwierdzają wdrożenie zaleceń pokontrolnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Zatwierdził\*: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


### Uwagi:


**E: KOREKTA KWOTY WNIOSKOWANEJ NA PROJEKT GRANTOWY I  
ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO REFUNDACJI**

**E1: KOREKTA KWOTY PROJEKTU GRANTOWEGO**

l.p.	Nr pozycji z wykazu faktur	Nr faktury lub dokumentu o równoważnej wartości dowodowej	Pozycja w zestawieniu rzeczowo-finansowym	Kwota zakwestionowanych kosztów (w zł)	Usadnienie	Kod przyczyny korekty
1	2	3	4	5	6	7
<b>1.1. Razem zakwestionowane koszty w ramach projektu grantowego</b>					<b>zł.</b>	

1.	Kwota korekty w wyniku kontroli administracyjnej (suma kwot z wierszy, dla których w kol. 7 nie zaznaczono kodów).	<input style="width: 100%;" type="text"/>	zł
2.	Kwota korekty w wyniku kontroli na miejscu (suma kwot z wierszy dla których kol. 7 zaznaczono kody).	<input style="width: 100%;" type="text"/>	zł
3.	Przyczyna korekty kwoty pomocy wyniku kontroli na miejscu (kod/kody)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	w

**E2: WYLICZENIE KWOTY DO REFUNDACJI**

	Weryfikujący	Sprawdzający		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
<b>Koszty projektu grantowego</b>					
1. Kwota kosztów dla etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwota kosztów dla etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota zakwestionowanych kosztów (poz. RAZEM cz. E1)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kwota kosztów kwalifikowalnych po korekcie (poz. 2 - poz. 3)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kwota pomocy</b>					
5. Kwota pomocy dla etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wnioskowana kwota pomocy dla etapu operacji wg wniosku	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kwota pomocy wynikająca z prawidłowo poniesionych kosztów po weryfikacji (poz. 4 x % poziom dofinansowania)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Zatwierdzona kwota do refundacji (poz. 7 )</b>	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środkami EFMR (85%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środkami krajowymi (15%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Udział środków własnych beneficjenta (poz. 4 - poz. 8)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zweryfikował: \_\_\_\_\_ imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_ imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis

Zatwierdził: \_\_\_\_\_ imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:	
	dd/mm/rrrr

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym




**F: ODMOWA WYPŁATY POMOCY/WYCOFANIE WNIOSKU**

	Weryfikujący	Sprawdzający	Zatwierdzający
	TAK	TAK	TAK
1. Wniosek kwalifikuje się do odmowy wypłaty pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wniosek został wycofany/Beneficjent zrezygnował z płatności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Przyczyny odmowy wypłaty pomocy**


**Część, w której nastąpiła odmowa wypłaty pomocy / wycofanie wniosku w całości**


Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Zatwierdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko \_\_\_\_\_ data i podpis \_\_\_\_\_

Data doręczenia Beneficjentowi pisma informującego o odmowie wypłaty pomocy/wycofaniu wniosku w całości	
	dd/mm/rrrr

**Uwagi:**


# **Załącznik nr 1. USUNIĘCIE/PONOWNE USUNIĘCIE BRAKÓW/ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ**

## **Zakres braków/złożenie wyjaśnień**

	Weryfikacja po usunięciu braków/złożeniu wyjaśnień					
	Weryfikujący			Sprawdzający		
	TAK	NIE	DO WEZW <sup>1</sup>	TAK	NIE	DO WEZW <sup>1</sup>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Notatki:**


Zweryfikował: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko data i podpis

Sprawdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko data i podpis

Zatwierdził: \_\_\_\_\_  
imię i nazwisko data i podpis

Uzasadnienie decyzji Zatwierdzającego w przypadku braku zgodności stanowisk pomiędzy Weryfikującym a Sprawdzającym


<sup>1</sup> wyłącznie w przypadku pierwszego wezwania do usunięcia usunięcia braków