

Załącznik nr II.7.2b Raport z kontroli krzyżowej programu

Dotyczy wniosku Beneficjenta o płatność nr:

Data sporządzenia raportu:

[illegible]

Data i podpis pracownika sporządzającego raport:

.....

Data i podpis kierownika (akceptacja raportu):

.....

Wynik kontroli

--

* - W przypadku jednostek samorządu terytorialnego, które posługują się zarówno własnym numerem NIP, jak i numerem NIP podmiotu odpowiedzialnego za realizację zadań jst (np. urząd miasta/gminy/powiatu) kontroli należy dokonać w oparciu o oba numery NIP.