

**Informacja o kontrolach przeprowadzonych przez Urząd**

<b>Nazwa jednostki kontrolowanej:</b>	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach
<b>Numer sprawy zgodny z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt Organów Samorządu Województwa i Urzędów Marszałkowskich:</b>	ZD-VIII.1711.5.2021
<b>Numer umowy/decyzji o dofinansowanie ze środków UE lub budżetowych:</b>	<i>(jeśli dotyczy)</i>
<b>Tytuł projektu/nazwa zadania podlegającego kontroli:</b>	kontrola kompleksowa
<b>Miejsce i termin przeprowadzenia kontroli:</b>	Kontrolę przeprowadzono w terminie od 26.07.2021 r. do 23.08.2021 r. z przerwą w dniach 28.07. – 30.07.2021 r., 11.08.2021 r., 18.08. - 23.08.2021 r.
<b>Zakres /przedmiot kontroli:</b>	- Realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. - Prawdliwość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi. - Prawdliwość prowadzenia gospodarki finansowej.
<b>Ustalenia kontroli:</b>	<b>Wg załączonego protokołu z kontroli.</b>
<b>Zalecenia pokontrolne:</b>	<b>Wg załączonego protokołu z kontroli.</b>
<b>Akta sprawy:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> upoważnienie do przeprowadzania kontroli, <input checked="" type="checkbox"/> pismo zawiadamiające o podjęciu czynności kontrolnych, <input checked="" type="checkbox"/> korespondencję z jednostką kontrolowaną, <input checked="" type="checkbox"/> protokół z kontroli, <input type="checkbox"/> Informacja pokontrolna wraz z załącznikami, <input checked="" type="checkbox"/> zalecenia / wystąpienie pokontrolne, <input checked="" type="checkbox"/> inne – Wyjaśnienie Dyrektora Jednostki do protokołu kontroli.
<b>Osoby przeprowadzające kontrolę:</b>	<b>Rafał Kołakowski – główny specjalista, Nadzoru i Inwestycji, Departament Zdrowia,</b> <b>Krystian Małyszko – główny specjalista, Nadzoru i Inwestycji, Departament Zdrowia.</b> <i>(Imię i nazwisko – stanowisko, referat, departament)</i>
<b>Opracował informację:</b>	<b>Krystian Małyszko – główny specjalista, Nadzoru i Inwestycji, Departament Zdrowia.</b> <i>(Imię i nazwisko – stanowisko, referat, departament)</i>
<b>Data opracowania:</b>	09.11.2021 r.
<b>Dokumenty związane z kontrolą dostępne są w godzinach pracy Urzędu w :</b>	<i>(nazwa Departamentu, adres)</i> Departament Zdrowia, ul. Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok.