

**KARTA WERYFIKACJI
WNIOSKU O PŁATNOŚĆ**

PROW 2014-2020

Działanie 19 Wsparcie dla rozwoju lokalnego w ramach inicjatywy LEADER
Poddziałanie 19.2 Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju
lokalnego kierowanego przez społeczność, w zakresie
podejmowania działalności gospodarczej

Rodzaj płatności:

I transza II transza

Znak sprawy:	
---------------------	--

Imię i nazwisko/nazwa Beneficjenta:	
--	--

Numer umowy o przyznaniu pomocy:	
---	--

Data przyjęcia wniosku:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------------	---

Osoby dokonujące oceny wniosku o płatność

1. Weryfikujący

(imię i nazwisko Weryfikującego)

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

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

3. Zmiana Weryfikującego

(imię i nazwisko Weryfikującego)

uzasadnienie zmiany

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

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

A. Dla wniosku został wyznaczony Sprawdzający:

<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Ze wskazania

TAK

B. Sprawdzający został wyznaczony:

1. Sprawdzający

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

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

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

2. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

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

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

3. Zmiana Sprawdzającego

(imię i nazwisko Sprawdzającego)

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

d d - m m - r r r r

(imię i nazwisko Zatwierdzającego)

uzasadnienie zmiany

A: WERYFIKACJA WSTĘPNA

	Wstawić "X" we właściwym miejscu					
	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	NIE	ND	TAK	NIE	ND
1. Wniosek został złożony w terminie wskazanym w umowie o przyznaniu pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent nie podlega zakazowi dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 4 ustawy o finansach publicznych ¹ , na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu, wydanego po zawarciu umowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Beneficjent nie podlega wykluczeniu z otrzymania pomocy finansowej, o którym mowa w art. 35 ust. 5 oraz ust. 6 rozporządzenia nr 640/2014 ²	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

I. 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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

Uwagi:

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305, z późn. zm.)

² Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 640/2014 z dnia 11 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1306/2013 w odniesieniu do zintegrowanego systemu zarządzania i kontroli oraz warunków odmowy lub wycofania płatności oraz do kar administracyjnych mających zastosowanie do płatności bezpośrednich, wsparcia rozwoju obszarów wiejskich oraz zasady wzajemnej zgodności (Dz.Urz. UE L 181 z 20.06.2014 r., str.48, z póź. zm.)

B: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ ORAZ ZASADAMI DOTYCZACYMI WYPŁATY POMOCY

B1: WERYFIKACJA KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI

I. Weryfikacja załączników

A. Załączniki do wniosku o płatność pierwszej transzy	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Decyzja środowiskowa, jeżeli jej wydanie jest wymagane odrębnymi przepisami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zgłoszenie zamiaru wykonania robót budowlanych właściwemu organowi, wraz z: - oświadczeniem, że w terminie 21 dni od dnia zgłoszenia zamiaru wykonania robót budowlanych, właściwy organ nie wniósł sprzeciwu albo - zaświadczeniem o braku podstaw do wniesienia sprzeciwu wobec zgłoszonego zamiaru wykonania robót budowlanych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Decyzja o pozwoleniu na budowę (<i>załącznik obowiązkowy w sytuacji, gdy zakres realizowanej operacji wymaga złożenia tego dokumentu</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Umowa cesji wierzytelności – jeżeli dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pełnomocnictwo – (<i>w przypadku, gdy zostało udzielone innej osobie niż podczas składania wniosku o przyznanie pomocy lub gdy zmienił się zakres poprzednio udzielonego pełnomocnictwa</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pozwolenia, zezwolenia i inne decyzje, których uzyskanie jest wymagane przez odrębne przepisy do realizacji inwestycji objętych operacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Zgłoszenie zmiany sposobu użytkowania obiektu budowlanego lub jego części	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Załączniki do wniosku o płatność drugiej transzy	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Dokumenty dotyczące podleganiu ubezpieczeniom społecznym (dokumenty dotyczące tylko samozatrudnienia)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1a. Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA (ZUS ZZA w przypadku objęcia Beneficjenta obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi z tytułu zasiłku macierzyńskiego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Zaświadczenie o zgłoszeniu i okresach podlegania ubezpieczeniom społecznym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokumenty potwierdzające utworzenie miejsc(a) pracy	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2a. Umowy o pracę wraz z zakresami czynności dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2b. Zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA dla etatów powstałych w wyniku realizacji operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2c. Deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA (wraz z ZUS RCA (RCX), ZUS RSA, ZUS RZA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dokumenty potwierdzające rzeczową realizację biznesplanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Oświadczenie dotyczące wyodrębnionych kont / prowadzenia wykazu faktur lub dokumentów o równoważnej wartości dowodowej dokumentujących poniesione koszty, w ramach poddziałania 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” (sporządzone na formularzu udostępnionym przez UM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pozwolenie na użytkowanie obiektu budowlanego, jeśli taki obowiązek wynika z przepisów prawa budowlanego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zawiadomienie właściwego organu o zakończeniu budowy złożone co najmniej 14 dni przed zamierzonym terminem przystąpienia do użytkowania, jeżeli obowiązek taki wynika z przepisów prawa budowlanego lub właściwy organ nałożył taki obowiązek wraz z: - oświadczeniem Beneficjenta, że w ciągu 14 dni od dnia zgłoszenia zakończenia robót właściwy organ nie wniósł sprzeciwu albo - zaświadczeniem wydanym przez właściwy organ, że nie wnosi sprzeciwu w przypadku, gdy zawiadomienie o zakończeniu robót budowlanych będzie przedkładane przed upływem 14 dni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Protokoły odbioru robót / montażu / rozruchu maszyn i urządzeń / instalacji oprogramowania lub Oświadczenie Beneficjenta o poprawnym wykonaniu ww. czynności z udziałem środków własnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	Inne dokumenty potwierdzające osiągnięcie celów i pozostałych wskaźników realizacji operacji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Sprawozdanie z realizacji biznesplanu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Informacja o numerze rachunku bankowego Beneficjenta lub cesjonariusza, prowadzonego przez bank lub spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową, na który mają być przekazane środki finansowe z tytułu pomocy (jeżeli numer rachunku uległ zmianie po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy pomocy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.	Umowa cesji wierzytelności	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.	Pełnomocnictwo (w przypadku, gdy zostało udzielone lub nastąpiła zmiana po złożeniu wniosku o płatność pierwszej transzy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.	Inne pozwolenia, zezwolenia, decyzje i inne dokumenty, których uzyskanie było wymagane przez odrębne przepisy w związku ze zrealizowaną operacją	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13a.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13b.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.	Zmiana sposobu użytkowania obiektu budowlanego lub jego części	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.	Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium/kryteriów wyboru operacji, za które operacja otrzymała punkty	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Inne załączniki dotyczące operacji		Weryfikujący	Sprawdzający*
		TAK DO WEZW. ND	TAK DO WEZW. ND
1.	Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osoby fizycznej występującej w poddziałaniu 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych osoby fizycznej występującej w poddziałaniu 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność” objętego Programem Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014-2020 pozyskanych przez Beneficjenta	<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"/>

II. Weryfikacja poprawności wypełnienia formularza wniosku

	Weryfikujący			Sprawdzający*		
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND
1. Wniosek został złożony na właściwym formularzu aktualnym na dzień składania wniosku, udostępnionym na stronie internetowej UM	<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. Pozostałe pola wniosku zostały wypełnione prawidłowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B2: WERYFIKACJA ZGODNOŚCI Z UMOWĄ I ZASADAMI WYPŁATY POMOCY

I. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie odmową wypłaty pomocy

	Weryfikujący				Sprawdzający*			
	TAK	NIE	DO WEZW.	ND	TAK	NIE	DO WEZW.	ND
A. Weryfikacja elementów wymaganych dla pierwszej transzy	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
1. Beneficjent dokonał zgłoszenia do rejestru CEIDG działalności gospodarczej, do której stosuje się przepisy ustawy Prawo przedsiębiorców, która będzie podjęta we własnym imieniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent dokonał zgłoszenia działalności gospodarczej do rejestru działalności regulowanej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent uzyskał pozwolenia, zezwolenia i inne decyzje, w tym ostateczną decyzję o środowiskowych uwarunkowaniach, których uzyskanie jest wymagane przez odrębne przepisy do realizacji zadań objętych operacją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beneficjent złożył zabezpieczenie należytego wykonania zobowiązań określonych w umowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. Weryfikacja elementów wymaganych dla drugiej transzy	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
1. Beneficjent zrealizował operację zgodnie z biznesplanem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Beneficjent zgłosił się do ubezpieczenia emerytalnego, ubezpieczeń rentowych i ubezpieczenia wypadkowego na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych z tytułu wykonywanej działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beneficjent utworzył, zadeklarowane w umowie nowe miejsca pracy (w przeliczeniu na pełne etaty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. W ramach nowych miejsc pracy, Beneficjent utworzył miejsca pracy obejmujące osoby z grupy defaworyzowanej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dokumenty przedstawione przez Beneficjenta potwierdzają zrealizowanie operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Cel operacji i wskaźniki jego realizacji zostały osiągnięte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.	Spełnione zostały warunki określone w § 3 rozporządzenia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Beneficjent nie stworzył sztucznych warunków w celu uzyskania pomocy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Nie zostały naruszone warunki przyznania pomocy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Weryfikacja sprawozdania z realizacji biznesplanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a.	Wszystkie wymagane pola w Sprawozdaniu (...) zostały wypełnione zgodnie z instrukcją	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10b.	Sprawozdanie (...) zostało podpisane przez Beneficjenta/osobę reprezentującą Beneficjenta /pełnomocnika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10c.	Dane Beneficjenta są zgodne z danymi zawartymi w umowie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10d.	Przebieg realizacji biznesplanu i wykonanie zakresu rzeczowego są zgodne z postanowieniami umowy i złożonymi wnioskami	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uzasadnienie:			

II. Weryfikacja elementów, których niespełnienie skutkować będzie korektą wnioskowanej do wypłaty kwoty pomocy

	Weryfikujący			Sprawdzający*			
	TAK	DO WEZW.	ND	TAK	DO WEZW.	ND	
1.	Beneficjent wyodrębnił osobne konta albo korzysta z odpowiedniego kodu rachunkowego, o których mowa w art. 66 ust. 1 lit. c pkt i rozporządzenia 1305/2013 ³ , dla wszystkich transakcji związanych z realizacją operacji, w ramach prowadzonych ksiąg rachunkowych						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Kwota pomocy nie przekracza pozostałego do wykorzystania limitu pomocy de minimis						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Beneficjent wywiązał się z obowiązku informowania i rozpowszechniania informacji o pomocy otrzymanej z EFRROW						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Uwagi:

C: WYNIK

C1: WSTĘPNY WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ ORAZ ZASADAMI DOTYCZĄCYMI WYPŁATY POMOCY

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 _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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:	<input type="checkbox"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia	<input type="checkbox"/>
	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"/>
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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

I Ib. Ponowne wezwanie do usunięcia braków/złożenia wyjaśnieńZakres wymaganych do usunięcia braków/złożenia wyjaśnień - wg. załącznika nr 1 do karty

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie ponownego usunięcia braków/złożeniu wyjaśnień:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrr
Termin, w którym należy usunąć braki/złożyć wyjaśnienia:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień:	<input type="text"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrr

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

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko_____
data i podpisSprawdził*: _____
imię i nazwisko_____
data i podpisZatwierdził**: _____
imię i nazwisko_____
data i podpis

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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
1. Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w ramach PROW na lata 2014-2020 w zakresie poddziałań obsługiwanych przez ARiMR, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: (w sytuacji, gdy kontrola krzyżowa odbywa się w trybie weryfikacji manualnej)								
2. Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie poddziałania 19.2, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: (w sytuacji, gdy kontrola krzyżowa odbywa się w trybie weryfikacji manualnej)								
3. Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie PO Rybactwo i Morze, w zakresie Priorytetu 4 Zwiększenie zatrudnienia i spójności terytorialnej objętego Programem Operacyjnym "Rybactwo i Morze", stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: (w sytuacji, gdy kontrola krzyżowa odbywa się w trybie weryfikacji manualnej)								
4. Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie programów operacyjnych realizowanych w ramach PS na lata 2014-2020, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych: (w sytuacji, gdy kontrola krzyżowa odbywa się w trybie weryfikacji manualnej)								

<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie Programu Mój Prąd, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</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"/>
<p>Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:</p>		
<p>Na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych, w zakresie Programu Czyste Powietrze, stwierdzono możliwość wystąpienia podwójnego finansowania operacji</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"/>
<p>Opis przeprowadzonych czynności kontrolnych:</p>		

II. Wynik

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

Uwagi:

IIa. Zakres oraz uzasadnienie wyjaśnień

III. WEZWANIE DO ZŁOŻENIA WYJAŚNIEŃ



Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="text"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="text"/>
	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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Uwagi:

C3: WYNIK WERYFIKACJI KOMPLETNOŚCI I POPRAWNOŚCI, ZGODNOŚCI Z UMOWĄ, ZASADAMI DOTYCZĄCYMI WYPŁATY POMOCY ORAZ KONTROLI KRZYŻOWEJ

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

Uwagi:

D: WIZYTA¹

ND

KONTROLA NA MIEJSCU²

KONTROLA NA ZLECENIE³

¹ Wizyta - art. 48 ust. 5 rozporządzenia nr 809/2014

² Kontrola na miejscu - art. 49 rozporządzenia 809/2014

³ Kontrola na zlecenie - art. 46 ust 1 pkt 1 ustawy o EFRROW

	Weryfikujący		Sprawdzający*		Zatwierdzający **	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
						
1. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie wizyty	ND		ND		ND	
2a. Operacja była ujęta w puli spraw typowanych do kontroli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. 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"/>
3. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej oceny wniosku wymagane jest przeprowadzenie kontroli na zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie konieczności przeprowadzenia kontroli na zlecenie albo odstąpienia od przeprowadzenia kontroli na zlecenie

Elementy podlegające sprawdzeniu:

Zweryfikował: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Sprawdził*: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

Zatwierdził**: _____
imię i nazwisko _____ data i podpis _____

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

I. Wynik kontroli

WIZYTA

DATA PRZEPROWADZENIA :		ND
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU		

KONTROLA NA MIEJSCU

DATA TYPOWANIA :		
sposób typowania:		
DATA PRZEPROWADZENIA:		
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU:		

KONTROLA NA ZLECENIE

DATA PRZEPROWADZENIA:		
DATA PRZEKAZANIA RAPORTU:		

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

Uwagi:

II. Wezwanie do złożenia wyjaśnień

Data doręczenia Beneficjentowi pisma w sprawie złożeniu wyjaśnień:	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr
Termin, w którym należy złożyć wyjaśnienia :	<input type="text"/>
	dd/mm/rrrr
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie złożenia wyjaśnień:	<input type="checkbox"/>
Data nadania/złożenia odpowiedzi w sprawie usunięcia braków/złożenia wyjaśnień, wynikająca z § 32 ust. 2 rozporządzenia:	<input type="checkbox"/>
	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 po wyjaśnieniach

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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

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

Uwagi:

E: KOREKTA WNIOSKOWANEJ ORAZ ZESTAWIENIE WYLICZONEJ KWOTY DO WYPŁATY

E1: WYLICZENIE KWOTY DO WYPŁATY

	Weryfikujący	Sprawdzający*		Zatwierdzający	
		TAK	NIE	TAK	NIE
Kwota pomocy					
1. Kwota pomocy dla danego etapu operacji wg umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wnioskowana kwota pomocy wg wniosku o płatność	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kwota pomniejszenia w wyniku zastosowania kar wynikających z umowy	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wstępnie zatwierdzona kwota do wypłaty (poz. 2. - poz. 3.)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kwota pomniejszenia wynikająca z przekroczenia pozostałego do wykorzystania limitu de minimis (dotyczy wniosku I transzy)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zatwierdzona kwota do wypłaty (poz. 4. - poz. 5.)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Słownie złotych:					
środki EFRROW (63,63%)	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
środki krajowe (36,37%)	<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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

Data doręczenia Beneficjentowi pisma o przekazaniu zlecenia płatności do ARiMR:	<input type="text"/>
	<small>dd/mm/rrrr</small>

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

* Zakres wypełniany w przypadku wyznaczenia Sprawdzającego

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 ¹	TAK	NIE	DO WEZW ¹
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"/>

