

PLAN KONTROLI

Departamentu

narok

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Przewidywany termin kontroli	Rodzaj kontroli ¹	Zakres kontroli	Uwagi
1	2	3	4	5	6

.....
data podpis Dyrektora Departamentu

Zatwierdzam

.....
data podpis Marszałka / Członka Zarządu

¹ Kompleksowa/ problemowa/ sprawdzająca