**WZÓR PLANU KONTROLI FUNKCJONALNEJ NASTĘPNEJ**

Nazwa podstawowej komórki organizacyjnej ………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwa wewnętrznej komórki organizacyjnej …………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Zakres planowanej kontroli** | **Częstotliwość kontroli**  **Miesięczna – M**  **Kwartalna - K** | **Osoba kontrolująca** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |

…………………………………………………….. ……………………………………………………….

Osoba zatwierdzająca plan kontroli Data zatwierdzenia planu kontroli