Częstochowa, dnia .....

Znak:

Polecenie Nr ..... **/** .....
rok

w sprawie przeprowadzenia kontroli doraźnej

Na podstawie §14 ust.2 Instrukcji kontroli wewnętrznej w Częstochowskim Centrum Świadczeń w Częstochowie, stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia nr ..... Dyrektora Częstochowskiego Centrum Świadczeń z dnia ....., polecam przeprowadzenie w dniach od ..... do ..... – kontroli doraźnej

w zakresie
.....
.....
...

w
.....
nazwa komórki organizacyjnej

Kontrolę wykonuje: .....
Komórka organizacyjna

Kontrolę nadzoruje: .....
Kierujący Komórką organizacyjną

.....
imię i nazwisko

.....
podpis Dyrektora