

Oświadczenie o bezstronności i niezależności

Przystępując do realizacji usługi przeprowadzenia audytu zewnętrznego zadania/projektu (*tytuł zadania/projektu*) „Wydawanie Biuletynu Niepełnosprawni Tu i Teraz” realizowanego na podstawie umowy numer (*numer umowy nadany przez PFRON*) ZZO/000192/01/D z dnia 11 kwietnia 2018r. przez Wnioskodawcę (*nazwa Wnioskodawcy*) Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych

ja (*imię i nazwisko*)

jako osoba uczestnicząca w przeprowadzeniu audytu oświadczam, że spełniam wymóg bezstronności i niezależności, tj.:

- 1) nie posiadam udziałów, akcji lub innych tytułów własności w Jednostce audytowanej lub w jednostce z nią stowarzyszonej, dominującej, zależnej lub współzależnej, w której mam wykonać usługę dotyczącą audytu zewnętrznego zadania/projektu,
- 2) nie jestem i nie byłem(-am) w ciągu ostatnich 3 lat przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem), członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem Jednostki audytowanej albo jednostki z nią stowarzyszonej, dominującej, zależnej lub współzależnej,
- 3) nie osiągnąłem(-am), chociażby w jednym roku w ciągu ostatnich 5 lat, co najmniej 50% przychodu rocznego z tytułu świadczenia usług na rzecz Jednostki audytowanej, jednostki wobec niej dominującej lub jednostek z nią stowarzyszonych, jednostek od niej zależnych lub współzależnych – *nie dotyczy to pierwszego roku działalności podmiotu przeprowadzającego audyt,*
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem(-am) w sporządzaniu dokumentów stanowiących przedmiot audytu zewnętrznego,
- 5) nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej do drugiego stopnia i nie jestem związany(-a) z tytułu opieki, przysposobienia lub kurateli z osobą zarządzającą lub będącą organem nadzorczym Jednostki audytowanej albo zatrudniającą przy prowadzeniu audytu takich osób,
- 6) nie jestem i nie byłem(-am) zaangażowany(-a) w planowanie, realizację, zarządzanie zadaniem/projektem, którego dotyczy audyt,
- 7) nie pozostaję w stosunku pracy lub zlecenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 8) nie mam żadnych innych powodów, które spowodowałyby, że nie spełniam warunków bezstronności i niezależności.

.....
(*podpis osoby uczestniczącej w przeprowadzeniu audytu*)

.....
(*data i miejsce*)