

## Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego NR 1/AZ/PFRON/SZEŚCIOPUNKT/2024

### Oświadczenie o bezstronności i niezależności

Przystępując do realizacji usługi przeprowadzenia audytu zewnętrznego zadania/projektu (tytuł zadania/projektu) .....  
.....  
realizowanego na podstawie umowy numer (numer umowy nadany przez PFRON)  
..... z dnia..... przez  
Wnioskodawcę (nazwa Wnioskodawcy) .....  
.....  
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 w organach nadzorczych 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