

O wiadczenie o bezstronność i niezależność

Przystępuję do realizacji usługi przeprowadzenia audytu zewnętrznego zadania/projektu „Pomocna Dłoń, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych realizowanego na podstawie umowy numer ZZO/000445/07/D z dnia 26 czerwca 2015 r. przez Wnioskodawcę – *Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski*

ja (imię i nazwisko)

jako osoba uczestnicząca w przeprowadzeniu audytu oświadczam, że spełniam wymagania 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 zarządczych lub pracownikiem Jednostki audytowanej albo jednostki z nią stowarzyszonej, dominującej, zależnej lub współzależnej,
- 3) nie osiągnę(-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 *o nie dotyczy to pierwszego roku działalności podmiotu przeprowadzającego audyt,*
- 4) w ciągu ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem(-am) w sporządzeniu dokumentów stanowiących przedmiot audytu zewnętrznego,
- 5) nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej do drugiego stopnia i nie jestem zwanym(-a) z tytułu opieki, przysposobienia lub kurateli z osobą zarządzającą lub bieżącą w organach nadzorczych Jednostki audytowanej albo zatrudniam ją 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)