

O wiadczenie o bezstronno ci i niezale no ci

Przystupuj c do realizacji usŁugi przeprowadzenia audytu zewn trznego zadania/projektu ŹSM'owa przysta - usprawnianie ruchowe i spoŁeczne chorych na SMö, wspöŁfinansowanego ze rodków Pa stwowego Funduszu Rehabilitacji SpoŁecznej Osöb NiepeŁosprawnych realizowanego na podstawie umowy numer ZZO/000260/07/D z dn 01.07.2013r. przez Wnioskodawc ö Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego OddziaŁWarszawski

ja (imi i nazwisko)

jako osoba uczestnicz ca w przeprowadzeniu audytu o wiadczam, e speŁciam wymóg bezstronno ci i niezale no ci, tj.:

- 1) nie posiadam udziaŁw, akcji lub innych tytuŁw w Łsno ci w Jednostce audytowanej lub w jednostce z ni stowarzyszonej, dominuj cej, zale nej lub wspöŁzale nej, w której mam wykona usŁug dotycz c audytu zewn trznego zadania/projektu,
- 2) nie jestem i nie byŁem(-am) w ci gu ostatnich 3 lat przedstawicielem prawnym (peŁnomocnikiem), czŁnkiem organöw nadzorczych b d zarz dzaj cych lub pracownikiem Jednostki audytowanej albo jednostki z ni stowarzyszonej, dominuj cej, zale nej lub wspöŁzale nej,
- 3) nie osi gn Łem(-am), chocia by w jednym roku w ci gu ostatnich 5 lat, co najmniej 50% przychodu rocznego z tytuŁu wiadczenia usŁug na rzecz Jednostki audytowanej, jednostki wobec niej dominuj cej lub jednostek z ni stowarzyszonych, jednostek od niej zale nych lub wspöŁzale nych ö nie dotyczy to pierwszego roku dziaŁalno ci podmiotu przeprowadzaj cego audyt,
- 4) w ci gu ostatnich 3 lat nie uczestniczyŁem(-am) w sporz dzaniu dokumentöw stanowi cych przedmiot audytu zewn trznego,
- 5) nie jestem maŁonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej do drugiego stopnia i nie jestem zwi zany(-a) z tytuŁu opieki, przysposobienia lub kurateli z osob zarz dzaj c lub b d c w organach nadzorczych Jednostki audytowanej albo zatrudniaj c przy prowadzeniu audytu takich osöb,
- 6) nie jestem i nie byŁem(-am) zaangażowany(-a) w planowanie, realizacj , zarz dzanie zadaniem/projektem, którego dotyczy audyt,
- 7) nie pozostaj w stosunku pracy lub zlecenia z Pa stwowym Funduszem Rehabilitacji Osöb NiepeŁosprawnych,
- 8) nie mam adnych innych powodöw, które spowodowaŁyby, e nie speŁciam warunköw bezstronno ci i niezale no ci.

.....
(podpis osoby uczestnicz cej w przeprowadzeniu audytu)

.....
(data i miejsce)