

## OŚWIADCZENIE O BEZSTRONNOŚCI I NIEZALEŻNOŚCI

Składając ofertę realizacji usługi przeprowadzenia audytu zewnętrznego projektu

„Ośrodek Terapeutyczny SOLIS RADIUS” realizowanego na podstawie umowy nr ZZO/000204/09/D z dnia 11 maja 2021 r. pomiędzy PFRON, a Rzeszowskim Stowarzyszeniem na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Autystycznych SOLIS RADIUS w Rzeszowie

ja ..... jako osoba uprawniona do reprezentacji  
(imię i nazwisko)

.....  
(nazwa Wykonawcy – podmiotu składającego ofertę)

oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot spełnia wymóg bezstronności i niezależności, tj.:

- 1) nie posiada 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 jest i nie był 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 osiągnął, 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 uczestniczył w sporządzaniu dokumentów stanowiących przedmiot audytu zewnętrznego;
- 5) nie jest 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 zatrudniająca przy prowadzeniu audytu takich osób;
- 6) nie jest i nie był zaangażowany w planowanie, realizację, zarządzanie zadaniem/projektem, którego dotyczy audyt;
- 7) nie pozostaje w stosunku pracy lub zlecenia z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 8) nie ma żadnych innych powodów, które spowodowałyby, że nie spełniam warunków bezstronności i niezależności.

Podpis wykonawcy / osoby uczestniczącej w przeprowadzeniu audytu	Data i miejsce