

Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym „Dalej Razem”  
ul. H. Sienkiewicza 10  
65-443 Zielona Góra

Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego z dnia 04.10.2024 r. w sprawie realizacji audytu zewnętrznego projektu

WZÓR INFORMACJI O PODMIOCIE UBIEGAJĄCYM SIĘ O PRZEPROWADZENIE  
AUDYTU ZEWNĘTRZNEGO PROJEKTU „MIESZKAM SAM II” –  
załącznik do oferty na realizację audytu

INFORMACJE O PODMIOCIE UBIEGAJĄCYM SIĘ O PRZEPROWADZENIE  
AUDYTU ZEWNĘTRZNEGO PROJEKTU „MIESZKAM SAM II” –  
załącznik do oferty na realizację audytu

1. Imię i nazwisko osób wyznaczonych przez podmiot do przeprowadzenia audytu wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia:

1.1 audytor nr 1

- imię i nazwisko: .....
- kwalifikacje zawodowe: .....
- .....
- .....
- doświadczenie zawodowe: .....
- .....
- .....

1.2 audytor nr 2

- imię i nazwisko: .....
- kwalifikacje zawodowe: .....
- .....
- .....
- doświadczenie zawodowe: .....
- .....
- .....

2. Wykaz wykonanych przez podmiot, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, **audytów zadań lub projektów finansowanych ze środków publicznych** wraz z terminem ich wykonania (należy wpisać 3 zadania/projekty):

- 2.1 – nazwa dokumentu: .....
- jednostka audytowana: .....
  - .....
  - termin realizacji audytu: .....

- 2.2 – nazwa dokumentu: .....
- jednostka audytowana: .....

.....  
– termin realizacji audytu: .....

2.3 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji audytu: .....

3. Wykaz posiadanego **przez podmiot**, potwierdzonego za zgodność z oryginałem, doświadczenia w zakresie **badania prawidłowości wykorzystania środków publicznych**:

3.1 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji badania: .....

3.2 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji badania: .....

3.3 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji badania: .....

4. Wykaz posiadanego **przez podmiot**, potwierdzonego za zgodność z oryginałem, doświadczenia w zakresie **przeprowadzania audytu zewnętrznego lub wewnętrznego**:

4.1 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji audytu: .....

4.2 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji audytu: .....

4.3 – nazwa dokumentu: .....

– jednostka audytowana: .....

.....

– termin realizacji audytu: .....

.....  
pieczętka podmiotu

.....  
data i podpisy osób reprezentujących podmiot

STOWARZYSZENIE POMOCY  
OSOBOM AUTYSTYCZNYM  
"DALEJ RAZEM"  
65-443 Zielona Góra, ul. Sienkiewicza 10  
NIP 929-16-79-997

2

PREZES ZARZĄDU  
*Grażyna Kochaniak*  
Grażyna Kochaniak