

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

Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego z dnia 07.10.2025 r. w sprawie realizacji audytu zewnętrznego projektu „Mieszkam sam II”

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: .....

.....  
 pieczęć 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

PREZES ZARZĄDU  
 2 *Grażyna Kochaniak*  
 Grażyna Kochaniak