Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 4

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU AUDYTU WRAZ Z INFORMACJAMI NA TEMAT ICH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH I DOŚWIADCZENIA

Składając ofertę realizacji usługi przeprowadzenia audytu zewnętrznego projektu „Wspieranie samodzielności osób z niepełnosprawnością", współfinansowanego ze środków PFRON realizowanego w ramach zadania ustawowego określonego w art. 36 ustawy o rehabilitacji (tzw. „zadania zlecane"), realizowanego na podstawie umowy numer UM/PW9/2024/2/O_SLASKI/5575 z dnia 17 czerwca 2024 r. przez Wnioskodawcę: Ośrodek Wspierania Inicjatyw Społecznych z siedzibą w Jaworznie (43-600), ul. Grunwaldzka 235.

Przedstawiamy wykaz osób, które będą bezpośrednio uczestniczyć w wykonaniu audytu:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe uprawniające do przeprowadzenia audytu	Doświadczenie w zakresie przedmiotu zamówienia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

UWAGA: **Proszę załączyć dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem poświadczające kwalifikacje zawodowe/doświadczenie uprawniające do przeprowadzenia zadania audytowego.**

…… ……..

(miejscowość, data) (podpis, pieczątka Oferenta)