***Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego***

……………………………………

Pieczęć firmowa Wykonawcy

**Składający ofertę:**

**Pełna nazwa Wykonawcy/uczestnicy konsorcjum**

**……………………..………………..…………………………………………………………**

**Adres …………………………………………………………….……………………………**

**Narodowe Centrum Badań i Rozwoju**

**ul. Chmielna 69**

**00-801 Warszawa**

Dotyczy: zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest **Przeprowadzenie kontroli planowej w podmiocie będącym beneficjentem w rozumieniu art. 2 pkt 10 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiej i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17 grudnia 2013 r. wdrażającym instrument finansowy (Fundusz Funduszy).**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kierownik Zespołu kontrolującego**   * + 1. posiada uprawnienia spełniające wymogi określone w art. 286 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. 2019 poz. 869),     2. posiada doświadczenie w przeprowadzeniu kontroli lub audytu co najmniej 10 projektów współfinansowanych /finansowanych ze środków publicznych lub środków Unii Europejskiej lub innych źródeł, przy czym przeprowadzane kontrole lub audyty polegały na uczestniczeniu w czynnościach kontrolnych prowadzonych w miejscu realizacji projektu lub siedzibie kontrolowanego/audytowanego podmiotu, a każda z kontroli lub audytu:  1. stanowiła niezależną ocenę zgodności realizacji projektu i poniesionych wydatków z postanowieniami umów o dofinansowanie oraz przepisami prawa krajowego lub wspólnotowego, 2. była wykonana z zachowaniem zasady bezstronności, tj. osoba prowadząca kontrolę/audyt nie była powiązana z podmiotem kontrolowanym/audytowanym w sposób faktyczny lub prawny; 3. zakończyła się opracowaniem raportu (lub równoważnego dokumentu) w weryfikowanym zakresie. | | |
| **……………………………………………………..………………………………………………** *(imię i nazwisko)* | | |
| Posiadane uprawnienia ……………………………………………………………. | | |
| Informacja o podstawie do dysponowania wyżej wymienioną osobą  **………………………………………………………………………………………………………** | | |
| Znajomość języka angielskiego: **tak/nie** (podkreślić właściwe) | | |
| Wykaz kontroli lub audytów co najmniej 10 projektów współfinansowanych bądź finansowanych ze środków publicznych lub środków Unii Europejskiej lub innych źródeł. | | |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..…………………………………….  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..…………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..…………………………………….  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Członek Zespołu kontrolującego**   1. posiada uprawnienia spełniające wymogi określone w art. 286 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. 2019 poz. 869), 2. posiada doświadczenie w przeprowadzeniu kontroli lub audytu co najmniej 10 projektów współfinansowanych /finansowanych ze środków publicznych lub środków Unii Europejskiej lub innych źródeł, przy czym przeprowadzane kontrole lub audyty polegały na uczestniczeniu w czynnościach kontrolnych prowadzonych w miejscu realizacji projektu lub siedzibie kontrolowanego/audytowanego podmiotu, a każda z kontroli lub audytu: 3. stanowiła niezależną ocenę zgodności realizacji projektu i poniesionych wydatków z postanowieniami umów o dofinansowanie oraz przepisami prawa krajowego lub wspólnotowego, 4. była wykonana z zachowaniem zasady bezstronności, tj. osoba prowadząca kontrolę/audyt nie była powiązana z podmiotem kontrolowanym/audytowanym w sposób faktyczny lub prawny; 5. zakończyła się opracowaniem raportu (lub równoważnego dokumentu) w weryfikowanym zakresie. | | |
| **……………………………………………………..………………………………………………** *(imię i nazwisko)* | | |
| Posiadane uprawnienia ……………………………………………………………. | | |
| Informacja o podstawie do dysponowania wyżej wymienioną osobą  **………………………………………………………………………………………………………** | | |
| Znajomość języka angielskiego: **tak/nie** (podkreślić właściwe) | | |
| Wykaz kontroli lub audytów co najmniej 10 projektów współfinansowanych bądź finansowanych ze środków publicznych lub środków Unii Europejskiej lub innych źródeł. | | |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..…………………………………….  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..…………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..…………………………………….  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |
|  | Nazwa kontroli/audytu oraz numer lub tytuł projektu | Nazwa kontroli/audytu ……………………………..……………………………………  Tytuł lub numer projektu ……………………………………… |
| Termin realizacji kontroli/audytu | od …..…./…............... do …..…./…...............  *(miesiąc / rok)* |
| Zamawiający | ……………………………………………………. |
| Zakres obowiązków |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, data | Podpis, imię i nazwisko  lub podpis na pieczęci imiennej |