



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 3

WYKAZ PRZEPROWADZONYCH AUDYTÓW PROJEKTÓW PRZEZ AUDYTORA

Lp.	Tytuł (nazwa) audytowanego projektu	Nazwa Programu Operacyjnego /Nazwa Funduszu	Koszt ogółem (wartość) projektu zgodnie z jego budżetem (w PLN)	Termin wykonania audytu projektu (w formacie od DD-MM-RRRR do DD-MM-RRRR)	Nazwa odbiorców audytu (zleceniodawców, zamawiających)

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy