|  |
| --- |
| ***Wniosek o wydanie opinii zgodności sposobu realizacji operacji z LSR oraz kryteriami wyboru operacji stosowanymi przy wyborze operacji do dofinansowania*** |
|  |
| Potwierdzenie przyjęcia wnioskuprzez LGD | **Lokalna Grupa Działania „Brynica to nie granica”** | data i podpis pracownika Biura LGD |
| **Dane z umowy o przyznanie pomocy** |
| 1. | Numer umowy |  |
| 2. | Data podpisania umowy |  |
| 3. | Tytuł projektu |  |
| **Dane identyfikacyjne podmiotu składającego wniosek** |
| 4. | Wnioskodawca / Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy |  |
| 5. | Adres zamieszkania/siedziby wnioskodawcy |  |
| 6. | Telefon |  |
| 7. | e-mail |  |
| 8. | Osoba uprawniona do kontaktu (imię i nazwisko,adres, e-mail, telefon) |  |
| **Opis i uzasadnienie zmian w sposobie realizacji operacji**  |
| 9. |  |
| 10. | Data i podpis osoby upoważnionej |  |