|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Wniosek o wydanie opinii zgodności sposobu realizacji operacji z LSR oraz kryteriami wyboru operacji stosowanymi przy wyborze operacji do dofinansowania*** | | | | |
|  | | | | |
| Potwierdzenie przyjęcia wniosku  przez 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 | |  | |