

LISTA OPERACJI SPEŁNIAJĄCYCH WARUNKI UDZIELENIA WSPARCIA NA WDRAŻANIE LSR**Fundusz:****Nazwa interwencji PS WPR/priorytet i cel FEW:****Nabór nr****Przedsięwzięcie:**

Lp.	Znak sprawy LGD	Imię i nazwisko/ Nazwa Wnioskodawcy	Tytuł operacji	Wnioskowana kwota pomocy (PLN)	Operacja spełnia kryteria oceny formalnej (TAK/NIE)	Operacja jest zgodna z LSR (TAK/NIE)	Operacja spełnienia warunki udzielenia wsparcia na wdrażanie LSR (TAK/NIE)
1							
2							
3							
4							
5							

....., dn.

.....
pieczętka LGD.....
podpis Przewodniczącego lub Wiceprzewodniczącego lub Sekretarza

PRZEWODNICZĄCA RADY
STOWARZYSZENIA „SOLNA DOLINA”
Kazimiera Wroblewska