

**LISTA OPERACJI, KTÓRE NIE ZOSTAŁY WYBRANE DO FINANSOWANIA****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 (TAK/NIE)	Operacja uzyskała minimalną liczbę punktów (TAK/NIE)
1								
2								
3								
4								
5								

....., dn. ....

.....  
pieczęćka LGD.....  
podpis Przewodniczącego lub Wiceprzewodniczącego lub SekretarzaPRZEWODNICZĄCA RADY  
STOWARZYSZENIA „SOLNA DOLINA”*Kazimiera Wroblewska*