LISTA OPERACJI, KTÓRE NIE ZOSTAŁY WYBRANE DO FINANSOWANIA

Fundusz:
Nazwa interwencji PS WPR/priorytet i cel FEW: ……
Nabór nr …….
Przedsięwzięcie: …….

Lp.	Numer wniosku	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 spełnia warunki udzielenia wsparcia (TAK/NIE)	Operacja spełnia kryteria dostępowe (TAK/NIE)	Operacja uzyskała minimalną liczbę punktów (TAK/NIE)
1									
2									
3									
4									
5									

……, dn. ……

……
pieczątka LGD

……
podpis Przewodniczącego Rady/ Wiceprzewodniczącego Rady