Załącznik nr 9 do Procedury wyboru i oceny operacji

**przyjętej jako Załącznik 2 do Uchwały nr XXXI/85/24 Zarządu Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania**

**PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy z dnia 08.08.2024 r.**

**LISTA OPERACJI, KTÓRE NIE ZOSTAŁY WYBRANE DO FINANSOWANIA**

**Fundusz:**

**Nazwa interwencji PS WPR: ………………………………………**

**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. **……………………………………………………….** …………………………………………………………… ………………………………………………………………………………….………………………

 pieczątka LGD podpis Przewodniczącego lub Wiceprzewodniczącego lub Sekretarza