**Lokalna Grupa Działania „Kraina Mlekiem Płynąca”**

**ul. Krótka 15, 18-516 Mały Płock, NIP 2910225872, REGON 36277410300000**

**Tel./fax. (86) 279 19 10**

[**www.krainamlekiemplynaca.pl**](http://www.krainamlekiemplynaca.pl)**, e-mail: biuro@krainamlekiemplynaca.pl**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA UWAG**

**Do zmiany *Procedury ustalania lub zmiany kryteriów oceny operacji* Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania „Kraina Mlekiem Płynąca” finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020.**

**1. Informacje o zgłaszającym :**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Instytucja (jeśli dotyczy) |  |
| Kontakt |  |

**Lokalna Grupa Działania „Kraina Mlekiem Płynąca”**

**ul. Krótka 15, 18-516 Mały Płock, NIP 2910225872, REGON 36277410300000**

**Tel./fax. (86) 279 19 10**

[**www.krainamlekiemplynaca.pl**](http://www.krainamlekiemplynaca.pl)**, e-mail: biuro@krainamlekiemplynaca.pl**

**2. Zgłaszane uwagi, wnioski oraz sugestie do zmiany** w *Procedurze ustalania lub zmiany kryteriów oceny operacji:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rozdział/Punkt | Obecny zapis | Propozycja zmiany | Uzasadnienie zmiany |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwagi w ramach konsultacji społecznych będą przyjmowanena niniejszym formularzu.**

**Konieczne jest wypełnienie punktu 1.**

Konsultacje dotyczą jedynie zaproponowanych zmian zaznaczonych kolorem czerwonym, a proponowane elementy do usunięcia zostały przekreślone.