|  |  |
| --- | --- |
| **Lista operacji niespełniających warunków udzielenia wsparcia na wdrażanie LSR** | |
| Numer naboru: | **………………..** |
| Czas trwania naboru: | **od …………………. do …………………..** |
| Limit dostępnych środków w EUR: | **……………………** |
| Limit dostępnych środków w PLN\*: | **……………………** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)** | **Nazwa/imię i nazwisko wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana kwota pomocy** | **Zgodność z warunkami przyznania pomocy** |
| 1. | ……………. | Wnioskodawca 1 | Tytuł operacji 1 | ……………. | NIE |
| 2. | ……………. | Wnioskodawca 2 | Tytuł operacji 2 | ……………. | NIE |
| 3. | ……………. | Wnioskodawca 3 | Tytuł operacji 3 | ……………. | NIE |

Przewodniczący Rady

................................................