*Załącznik nr 2 do procedury oceny i wyboru operacji*

**OŚWIADCZENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i Nazwisko/Nazwa podmiotu* |  |
| *Adres zamieszkania/ Adres siedziby* |  |
| *Zakres tematyczny* |  |
| *Numer naboru* |  |
| *Czas trwania naboru* |  |

1. *Wyrażam zgodę, aby informacja o konieczności dokonania uzupełnień dotyczących wniosku o powierzenie pomocy:*

*……..……………….…………………………………………………………………………………………….  
(nazwa operacji)*

*złożonego do Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania „Brama Mazurskiej Krainy” w dniu…………………………była nadsyłana drogą elektroniczną.*

1. *Proszę o przesyłanie ww. informacji na wskazany poniżej adres e-mail:*

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

1. *W razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie.*
2. *Akceptuję, że w przypadku wysłania ww. informacji przez Biuro Stowarzyszenia LGD „Brama Mazurskiej Krainy”, termin 7 dni przewidziany na ich dokonanie liczony jest począwszy od dnia następnego po wysłaniu powiadomienia o konieczności ich dokonania, a w przypadku złożenia wyjaśnień lub dokumentów po terminie wskazanym w wezwaniu, nie są one brane pod uwagę na etapie rozpatrywania wniosku o przyznanie pomocy.*

............................................................. ……………………………………………

*Miejscowość i Data Podpis*