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