Załącznik nr 10 do Procedury wyboru i oceny operacji

przyjętej jako Załącznik 2 do Uchwały nr 1/XI/24 Zarządu Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania

Wielkopolskie Partnerstwo dla Doliny Baryczy z dnia 14.06.2024 r.

**LISTA OPERACJI WYBRANYCH DO FINANSOWANIA**

**Fundusz:**

**Nazwa interwencji PS WPR/priorytet i cel FEW: ………………………………………**

**Nabór nr …………………..**

**Przedsięwzięcie: …………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data i godz. złożenia wniosku/**  **Znak sprawy LGD** | **Imię i Nazwisko /**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana kwota pomocy**  **(PLN)** | **Ustalona kwota wsparcia**  **(PLN)** | **Kwota obciążająca budżet LSR**  **(PLN)** | | **Liczba uzyskanych punktów** | | **Operacja mieści się**  **w limicie środków**  **(TAK/NIE)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| **LIMIT DOSTĘPNYCH ŚRODKÓW** | | | | | | |  | |  | | |
| **SUMA KWOT OBCIĄŻAJĄCYCH BUDŻET** | | | | | | |  | |
| **SUMA KWOT OBCIĄŻAJĄCYCH BUDŻET MIESZCZĄCYCH SIĘ W LIMICIE DOSTĘPNYCH ŚRODKÓW** | | | | | | |  | |

………………………………………………………………….., dn. **……………………………………………………….** …………………………………………………………… ………………………………………………………………………………….………………………

pieczątka LGD podpis Przewodniczącego lub Wiceprzewodniczącego lub Sekretarza