**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG**

**do Lokalnych Kryteriów Wyboru Operacji „Królewskiego Ponidzia”**

**1. Informacja o zgłaszającym**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Instytucja/organizacja (jeśli dotyczy)** | **Adres do korespondencji** |
|  |  |  |
| **Adres e-mail** | **Telefon kontaktowy** |  |
|  |  |

Wypełniony formularz prosimy przesyłać pocztą elektroniczną na adres:**biuro@krolewskieponidzie.pl** lub przekazać osobiście do biura LGD „Królewskie Ponidzie”, ul: Grotta 3 28-100 Busko-Zdrój.

**2. Zgłaszane uwagi, wnioski i sugestie do lokalnych kryteriów wyboru operacji do dofinansowania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium, do którego odnosi się uwaga**  | **Aktualna treść kryterium** | **Propozycja zmiany** | **Uzasadnienie zmiany**  |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |