

Miejscowość, data

.....

**Formularz zgłoszenia wykonawcy
do realizacji operacji własnej**

Dane LGD:

Dane Wykonawcy:.....

Adres:.....

W odpowiedzi na informację o planowanej do realizacji Operacji Własnej nr, z dnia pt:

.....

zgłaszam zamiar realizacji przedmiotowej operacji.

Oświadczam, że spełniam warunki podmiotowe uprawniające mnie do wsparcia, o których mowa w § 3 rozporządzenia MRiRW z dnia 24.09.2015r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przyznawania pomocy finansowej w ramach poddziałania „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach Strategii Rozwoju Lokalnego Kierowanego przez Społeczność” objętego PROW na lata 2014-2020 (Dz.U.2015.1570 z późn. zm.)¹:

¹ Proszę wypełnić odpowiednią sekcję I-IV w tabeli.

Dane zgłaszającego:

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko/ nazwa zgłaszającego | |
| Rejestr, w jakim figuruje zgłaszający | |
| Numer NIP/PESEL (dot. osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej) | |
| Numer identyfikacyjny ARiMR | |
| E-mail zgłaszającego | |
| Osoby upoważnione do reprezentowania | |

| | | |
|---|-----------------|--|
| Zgłaszającego (imię i nazwisko) | | |
| Osoba upoważniona do kontaktu | Imię i nazwisko | |
| | Numer telefonu | |
| | e-mail | |
| I. OSOBY FIZYCZNE/OSOBY FIZYCZNE WYKONUJĄCE DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | |
| ADRES WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI | | |
| OBYWATELSTWO | | |
| DATA URODZENIA | | |
| RODZAJ PRZEDSIĘBIORSTWA | | |
| II. OSOBY PRAWNE | | |
| RODZAJ OSOBY PRAWNEJ | | |
| ADRES SIEDZIBY/ODDZIAŁU | | |
| RODZAJ PRZEDSIĘBIORSTWA | | |
| III. JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE NIEPOSIADAJĄCE OSOBOWOŚCI PRAWNEJ, KTÓRYM USTAWA PRYZNAJE ZDOLNOŚĆ PRAWNĄ | | |
| RODZAJ JEDNOSTKI | | |
| ADRES SIEDZIBY/ODDZIAŁU | | |
| RODZAJ PRZEDSIĘBIORSTWA | | |
| IV. SPÓŁKA CYWILNA | | |
| DANE WSPÓLNIKÓW | | |
| | | |
| | | |
| RODZAJ PRZEDSIĘBIORSTWA | | |

Dla wykazania powyższego załączone zostają następujące dokumenty:

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |