**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG**

**1. Informacje o zgłaszającym**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Instytucja (jeśli dotyczy) |  |
| Adres do korespondencji(e-mail) |  |
| Telefon/fax. |  |

**Uwagi w ramach konsultacji społecznych będą przyjmowane wyłącznie na niniejszym formularzu. Konieczne jest wypełnienie punktu 1.**

**2. Zgłaszane uwagi, wnioski oraz sugestie do:**

1. **Lokalnych Kryteriów Wyboru operacji.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rozdział  | Obecny zapis | Propozycja zmiany | Uzasadnienie zmiany |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |