**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG**

**do**

***KRYTERIÓW WYBORU OPERACJI***

**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.

Wypełniony formularz prosimy przesłać drogą elektroniczną na adres: biuro@rybackabrac.pl, wpisując w tytule maila: „Konsultacje społeczne – KRYTERIA WYBORU OPERACJI” do dnia 20.03.2017 r.

**2. Zgłaszane uwagi, wnioski oraz sugestie do Kryteriów Wyboru Operacji*:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Obecny zapis | Propozycja zmiany | Uzasadnienie zmiany |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |