|  |
| --- |
| **Numer naboru: 2/2017/R** |

**LGD Zielone Światło**

**ul. Piastów 10B**

**66-600 Krosno Odrzańskie**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O PLANOWANYM CZASIE REALIZACJI OPERACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko wnioskodawcy** |  |
| **Adres wnioskodawcy:** |  |
| **Tytuł operacji:** |  |
| **Oświadczam, że okres realizacji w/w operacji, będzie wynosił do** **……………………miesięcy, licząc od dnia podpisania umowy przyznaniu pomocy do dnia, w którym zostanie złożony wniosek o płatność ostateczną.** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data w formacie dd-mm-rrrr | Czytelny podpis |
| - - rok |  |