**UZASADNIENIE ZGODNOŚCI Z KRYTERIAMI WYBORU OPERACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko / nazwa Wnioskodawcy |  |
| Tytuł wniosku |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lokalne kryteria wyboru operacji** | **Uzasadnienie** |
| 1. Przygotowanie operacji  |  |
| 2. Doradztwo biura |  |
| 3. Innowacyjność  |  |
| 4. Racjonalność i adekwatność zaplanowanych nakładów |  |
| 5. Czas realizacji operacji  |  |

………………………………. ……………………………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis Wnioskodawcy)