

Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy:	
Adres wnioskodawcy:	
Adres do korespondencji:	

STOWARZYSZENIE LGD BRAMA LUBUSKA
ul. Wałowa 1
66-200 Świebodzin

OŚWIADCZENIE O PLANOWANYM CZASIE REALIZACJI OPERACJI

Tytuł / nazwa operacji:	
Oświadczam, że długość realizowania przeze mnie operacji, której tytuł/nazwa została wymieniona powyżej, licząc od dnia podpisania umowy o przyznaniu pomocy do dnia, w którym zostanie przeze mnie złożony wniosek o płatność ostateczną będzie obejmowała okres:	
do 3 miesięcy od 4 do 6 miesięcy od 7 do 9 miesięcy powyżej 9 miesięcy	

Data i podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej do jego reprezentowania:	
---	--