Załącznik nr 10 do Procedury oceny i wyboru operacji dla projektów finansowanych z EFRROW w Lokalnej Grupie Działania Zalew Zegrzyński

Lista rankingowa	
Numer naboru wniosków:	**……..**
Zakres wsparcua:	**……..**
Czas trwania naboru:	**od ……. do ……..**
Limit dostępnych środków w EUR:	**……**
Kurs przeliczenia EURO na PLN	**…… z dnia …….**
Limit dostępnych środków w PLN*:	**……**

Lp.	**Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)**	**Nr identyfikacyjny podmiotu ubiegającego się o wsparcie**	**Nazwa/imię i nazwisko podmiotu ubiegającego się o wsparcie**	**Tytuł operacji określony we wniosku**	**Wniosek spełnia warunki przyznania pomocy**	**Liczba otrzymanych punktów w ramach oceny z lokalnymi kryteriami wyboru**	**Kwota wsparcia wnioskowana przez podmiot ubiegający się o wsparcie**	**Kwota udzielonego wsparcia**	**Maksymalna intensywność pomocy (nie większa niż) %**	**Kwota obciążająca budżet LGD**
1.	…….	…….	Wnioskodawca 1	Tytuł operacji 1	TAK/NIE	…….	…….	…….	…….	
2.	…….	…….	Wnioskodawca 2	Tytuł operacji 2	TAK/NIE	…….	…….	…….	…….	
					Razem (mieszczące się w limicie)		…….	…….		
1.	…….	…….	Wnioskodawca 3	Tytuł operacji 4	TAK/NIE	…….	…….	…….	…….	
OPERACJA **NIEWYBRANE**										
1.	…….	…….	Wnioskodawca 4	Tytuł operacji 4	TAK/NIE	……	…….	…….	…….	
					Razem (wszystkie)	…….	**Razem (wszystkie)**	…….	…….	

Przewodniczący Rady

……