

.....r.

Miejscowość, data

.....

.....

.....

*Dane wnioskodawcy,
dokładny adres*

**Rada LGD Zielone Mosty Narwi
Al. Jana Pawła II 1
06-121 Pokrzywnica**

Wniosek nr ZMN.0720- ___/___/___

Tytuł operacji: _____

Zwracam się z prośbą o wyrażenie pozytywnej opinii do zmiany umowy przyznania pomocy nr _____ z dnia _____ r. w zakresie zmiany terminu realizacji operacji (terminu złożenia wniosku o płatność, o którym mowa w § _____ umowy) z terminu: **od dnia 01 września 2017r. do dnia 30 września 2017r. na termin: od dnia 01 października 2017r. do dnia 31 października 2017r.**

Uzasadnienie zmiany

Z poważaniem

.....