

**FORMULARZ ZMIAN do Lokalnej Strategii Rozwoju na lata 2014-2020 oraz
specyficznych kryteriów wyboru operacji**

| Nazwa dokumentu, którego dotyczy proponowana zmiana | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Lokalna Strategia Rozwoju na lata 2014-2020 Lokalna Grupa Działania Zielony Pierścień Tarnowa |
| <input type="checkbox"/> | Specyficzne kryteria wyboru operacji |
| Proszę podać planowany zakres zmiany wraz z uzasadnieniem wprowadzenia tej zmiany: | |
| | |
| Imię i nazwisko autora proponowanych zmian | |
| Dane tele-adresowe autora zmian tj. adres/telefon/mail: | |
| Data opracowania zmian: dzień-miesiąc-rok | |

