FORMULARZ DOT. ZGŁASZANIA UWAG/PROPOZYCJI ZMIAN DO TREŚCI KRYTERIÓW

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: | E-mail: |
| Adres: | Tel. Kontaktowy: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa karty oceny operacji** | **Numer / nazwa kryterium** | **Opis proponowanej zmiany** | **Uzasadnienie proponowanych****zmian** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa karty oceny operacji** | **Numer / nazwa kryterium** | **Opis proponowanej zmiany** | **Uzasadnienie proponowanych****zmian** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |