



WOJEWÓDZTWO  
LUBELSKIE

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



## Ocena wstępna

### Karta weryfikacji zgodności operacji z warunkami udzielenia wsparcia w programie PS WPR

Imię i nazwisko weryfikującego:	
Numer naboru:	
Znak sprawy:	
Data wpływu:	
Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy:	
Tytuł operacji:	

#### 1. WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI Z WARUNKAMI UDZIELENIA WSPARCIA W PROGRAMIE PS WPR

	TAK	NIE	DO UZUP.	ND
1. Operacja dotyczy zakresu START DG	Tak <input type="checkbox"/>			Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
1. Wnioskodawcą jest osoba fizyczna / osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
2. wnioskodawca nie wykonywał i nie wykonuje działalności gospodarczej, do której stosuje się przepisy ustawy Prawo przedsiębiorców w okresie roku poprzedzającego złożenie WOPP;	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
3. wnioskodawcy nie została dotychczas przyznana oraz wypłacona pomoc w ramach PS WPR na operację w tym zakresie;	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
.....	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>

#### 2. WYNIK WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI Z WARUNKAMI UDZIELENIA WSPARCIA W PROGRAMIE PS WPR

Na podstawie przeprowadzonej weryfikacji operację uznaje się za zgodną z PS WPR	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> wniosek wymaga uzupełnień
Uzasadnienie wezwania do uzupełnień (jeśli dotyczy)	
Uwagi	

Zweryfikował: *Imię i nazwisko*

Zatwierdził: *Imię i nazwisko*

Data zatwierdzenia .....