

Załącznik 2 do Umowy wsparcia w ramach PSF WŁ

Dane beneficjentów ostatecznych – uczestników **instytucjonalnych** (w tym osób fizycznych, prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)

Lp.	Nazwa	
1	Kraj	
2	Nazwa instytucji	
3	NIP	
4	Typ instytucji	
5	Województwo (dla siedziby, oddziału lub filii)	a) Łódzkie b) Inne (jakie?) .....
6	Powiat	
7	Gmina	
8	Miejscowość	
9	Ulica	
10	Nr budynku	
11	Nr lokalu	
12	Kod pocztowy	
13	Telefon kontaktowy	
14	Adres e-mail	
15	Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji	

Oświadczam, że dane podane w Formularzu danych są zgodne z prawdą.

Ja, niżej podpisana, jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS