TOP CLLD Helyi Felhívás

***A helyi felhívás címe:***

***A helyi felhívás kódszáma: TOP-7.1.1-17-H-103-1***

**Együttműködést igazoló nyilatkozat sablon**

**Együttműködést igazoló nyilatkozat**

A támogatást igénylő szervezet

Neve:…………………………………………………………………………

Székhelye:……………………………………………………………………

Hivatalos képviselője: ………………………………………………………

Szervezet adószáma: ………………………………………………………

Együttműködő szervezet

Neve:…………………………………………………………………………

Székhelye:…………………………………………………………………..

Hivatalos képviselője: ……………………………………………………..

Szervezet adószáma: …………………………………………………….

Alulírott ……………………………………………….… (név), mint a ………………………………………………… (támogatást igénylő szervezet) hivatalos képviselője ezúton nyilatkozom, hogy a fent nevezett …………………………………………….. szervezettel (együttműködő szervezet neve) az alábbi tevékenységek, közösségi, közművelődési-, kulturális-, sportprogramok szervezése, megvalósítása valósult meg együttműködésben a ……………………………………………………………………………. című támogatási kérelem benyújtását megelőző 24 hónapban:

Együttműködésben megvalósult program neve: ………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

Megvalósult program időpontja: ……………………………………………………

Megvalósult program helyszíne: ……………………………………………………

Együttműködés részletezése: …………………..…………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nyilatkozunk, hogy az eddigi együttműködési szándékunkat a ……………………… …………….………………………………………………………………………… című projekt megvalósítási és üzemeltetési időszaka alatt fenntartjuk.

Dátum:

……………………………………… ……………………………………

Együttműködő partner Támogatást igénylő

cégszerű aláírása cégszerű aláírása