TOP CLLD Helyi Felhívás

***A helyi felhívás címe: „* Hátrányos helyzetű rétegek, lakosok felzárkózását, szolgáltatások elérését segítő közösségek tevékenységei*”***

***A helyi felhívás kódszáma: TOP-7.1.1-16-H-035-5***

**Együttműködést igazoló nyilatkozat sablon**

**Együttműködést igazoló nyilatkozat**

**Nyilatkozat:**

Alulírott, a fent nevezett együttműködési projektben részt vevő szervezet képviseletében ezennel kötelezettséget vállalok az együttműködési projekt végrehajtására, valamint tanúsítom, hogy az abban szereplő információk a valóságnak megfelelnek.

A támogatást igénylő szervezet

Neve:…………………………………………………………………………

Székhelye:……………………………………………………………………

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

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

Együttműködő szervezet

Neve:…………………………………………………………………………

Székhelye:…………………………………………………………………..

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

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