



**Zestawienie planowanych środków towarzyszących
w okresie od do**

Lp.	Województwo	Planowany rodzaj działań*	Nazwa i adres organizacji realizującej/zlecającej działanie	Podmiot odpowiedzialny za realizację działania**	Planowana liczba działań (wskaźnik produktu)	Planowana liczba osób do objęcia działaniami (wskaźnik rezultatu)
1	DOLNOŚLĄSKIE					
2	KUJAWSKO-POMORSKIE					
3	LUBELSKIE					
4	LUBUSKIE					
5	ŁÓDZKIE					
6	MAŁOPOLSKIE					
7	MAZOWIECKIE					
8	OPOLSKIE					
9	PODKARPACKIE					
10	PODLASKIE					
11	POMORSKIE					
12	ŚLĄSKIE					
13	ŚWIĘTOKRZYSKIE					
14	WARMIŃSKO-MAZURSKIE					
15	WIELKOPOLSKIE					
16	ZACHODNIOPOMORSKIE					
				Ogółem		

* Rodzaj działania powinien być zgodny z działaniami określonymi w umowie o dofinansowanie projektu
** Wypełnić w przypadku, gdy działania będą realizowane przez podmiot zewnętrzny na zlecenie organizacji

Miejsce i data sporządzenia zestawienia

Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania organizacji partnerskiej o zasięgu ogólnopolskim lub ponadregionalnym (OPO)

