**IZJAVA GLEDE NAMERE O VČLANITVI V LOKALNO AKCIJSKO SKUPINO**

**NA OBMOČJU OBČIN CELJE, LAŠKO, ŠTORE IN VOJNIK**

Ime in priimek fizične osebe ali naziv pravne osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek zakonitega zastopnika pravne osebe (izpolnijo le pravne osebe):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov, poštna številka, kraj in občina stalnega prebivališča ali sedeža pravne osebe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ime in priimek stalnega predstavnika pravne osebe v LAS:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-naslov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S podpisom te pristopne izjave podpisnik izjave izraža namero po pristopu k Pogodbi o ustanovitvi lokalne akcijske skupine na območju občin Celje, Laško, Štore in Vojnik (Pogodba). Formalna včlanitev v lokalno akcijsko skupino (LAS) na območju občin Celje, Laško, Štore in Vojnik bo realizirana šele s podpisom Pogodbe.

Spodaj podpisani potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki pravilni. V primeru kakršnih koli sprememb se zavezujem, da bom o tem pisno obvestil LAS. S podpisom te pristopne izjave dajem izrecno privolitev, da se zgoraj navedeni osebni podatki uporabljajo za potrebe vodenja evidence članov in gradiv LAS. Dovoljujem tudi, da mi LAS pošilja osebna vabila in informacije o delovanju ter drugih dejavnostih, ki jih izvaja LAS.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis (žig): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_