|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik nr 9a. Zgłoszenie/zmiana magazynu organizacji partnerskiej regionalnej (OPR) do uczestnictwa w Programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – Podprogram 2024** | |
| 1. ……………………………………………………………………………………………........................................................   (nazwa organizacji partnerskiej ogólnopolskiej) | |
| 1. ……………………………………………………………………………………………........................................................   (nazwa organizacji partnerskiej regionalnej) | |
| 1. ……………………………………………………………………………………………........................................................   (nazwa i adres magazynu organizacji partnerskiej regionalnej) | |
| 1. …………………………………………………………………………………………..........................................................   (województwo na terenie, którego znajduje się w/w magazyn) | |
| 1. Rodzaj magazynu:   magazyn chłodnia magazyn i chłodnia | |
| 1. Stan prawny magazynu:   własność  wynajęty  inne ..............................................................................................................………..... | |
| 1. Przystępując do realizacji projektu w Programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 – Podprogram 2024, oświadczam, że w/w magazyn przez cały okres trwania Podprogramu 2024 spełnia minimalne standardy dla organizacji partnerskiej regionalnej (OPR) w obszarze magazynowania wskazane w *Wytycznych Instytucji Zarządzającej dla Podprogramu 2024*, w szczególności:  * może być wykorzystywany do Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 w Podprogramie 2024, * posiada pomieszczenia magazynowe, umożliwiające przechowywanie artykułów spożywczych w warunkach określonych przez Producenta przez cały okres trwania Podprogramu 2024, * znajduje się pod nadzorem Inspekcji Sanitarnej, * jest ubezpieczony oraz ma zapewniony monitoring/ochronę za pośrednictwem specjalistycznych firm lub w ramach własnych zasobów i możliwości organizacji, * magazyn zapewnia rozładunek i załadunek artykułów spożywczych. | |
| ………………………………………………………………  (miejscowość, data) | ……………………………………………………………………….............................................  podpis osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania organizacji partnerskiej regionalnej |