Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:** Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia

 [www.mopsgdynia.pl](http://www.mopsgdynia.pl)

#### ZOBOWIĄZANIE podmiotu udostępniającego zasoby

Działając w imieniu i na rzecz:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(nazwa i adres podmiotu udostepniającego zasoby oraz numer NIP/ Pesel/ KRS)*

oświadczam /-my, że wyżej wymieniony podmiot, zgodnie z art. 118 ust. 3 ustawy Pzp odda Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia, którego przedmiotem jestdiagnoza i terapia psychologiczna dzieci z FASD, prowadzenie grup wsparcia do dyspozycji niezbędne zasoby:

|  |
| --- |
| Zakres udostępnianych Wykonawcy zasobów:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Sposób, okres udostępnienia i wykorzystania ww. zasobów przez Wykonawcę przy wykonaniu zamówienia *(wskazać część zamówienia, którego dotyczy niniejsze oświadczenie)*:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy i w jakim zakresie podmiot, na zdolnościach, którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |