Załącznik nr 6 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA USŁUGI: | **Ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników**  **Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny** |
| ZAMAWIAJĄCY: | Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny  44-100 Gliwice, ul. Karola Miarki 12-14,  NIP: 6312691891, REGON: 000026867  KRS nr 0000846236 - Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS  [www.git.lukasiewicz.gov.pl](http://www.git.lukasiewicz.gov.pl)  tel.: +48 32 234 52 05  e-mail:[sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl](mailto:sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl) |
| WYKONAWCA: | Nazwa: ………………………………………………………………………………………  Siedziba: …………………………….………………………………………………………  NIP: ……………………………………, Regon: …………………………………………. |

***ZOBOWIĄZANIE***

**podmiotu udostępniającego wykonawcy zasoby na potrzeby realizacji zamówienia**

*(art. 118 ust. 3 i 4 ustawy PZP)*

**Ja niżej podpisany ………………………………………………………………………………**

*( nazwa podmiotu udostępniającego zasoby Wykonawcy )*

**zobowiązuje się do oddania swoich zasobów:**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

*(określenie zasobu – zdolność techniczna lub zawodowa albo sytuacja finansowa lub ekonomiczna)*

**do dyspozycji wykonawcy****……………………………………………………………………………………………………………**

*(nazwa wykonawcy)*

1. przy wykonywaniu na rzecz Zamawiającego zamówienia pn.: „Ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników: Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny”prowadzonego przez Zamawiającego: Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny, 44-100 Gliwice, ul. Karola Miarki 12-14**, oświadczam, że:**
2. **udostępniam Wykonawcy wyżej wymienione zasoby, w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………….………..**
3. **sposób i okres udostępnienia oraz wykorzystania udostępnionych Wykonawcy zasobów będzie następujący :**

**………………………………………………………………………………………………**

1. **jako podmiot udostępniający zdolności w postaci wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia** **będę realizował usługi, których wskazane zdolności dotyczą.**
2. **zakres mojego udziału przy realizacji zamówienia będzie polegał na: ………………………………………………………………………………………..……..**
3. **charakter stosunku łączącego mnie z wykonawcą będzie następujący: ……………………………………………………………………………………………….**
4. **okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący: ……………………………………………………………………………………………….**

*Zamawiający informuje, iż zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych, zamiast niniejszego załącznika wykonawca może do oferty załączyć inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że wykonawca realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów. [art. 118 ust 3 ustawy PZP]*

*/podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/*