**Podmiot udostępniający zasoby: Załącznik nr 5**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

*(nazwa/firma, albo imię i nazwisko, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY** Uwaga: *Niniejsze zobowiązanie wypełnia podmiot trzeci w przypadku, gdy wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej podmiotów udostępniających zasoby w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.***(należy złożyć wraz z ofertą)** |

**Oświadczam**, że **zobowiązuję się** do oddania na potrzeby realizacji zamówienia pn.:

**Remont łazienek w Oddziale Chirurgicznym w budynku szpitala Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

Znak sprawy: OCZ/ZP-19/2024

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

nw. zasobów:

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

*(określenie zasobów)*

**Oświadczam, że**:

1. udostępnię Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie:

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

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. zakres mojego udziału przy realizacji zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. okres mojego udostępnienia zasobów Wykonawcy będzie następujący:

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

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………….……………..**(miejsce i data)* | *………………….…………………..…………………………………………..………………**(kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby)* |