Załącznik nr 5 do SWZ

**Podmiot udostępniający zasoby:**

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia, o którym mowa w art. 118 ust. 3 ustawy PZP**

Oświadczam w imieniu …................................................................................................

*/nazwa Podmiotu na zasobach, którego Wykonawca polega/*

iż oddaję do dyspozycji Wykonawcy ...........................................................................

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

*/nazwa i adres Wykonawcy/*

niezbędne zasoby ….....................................................................................................

*/zakres zasobów, które zostaną udostępnione Wykonawcy, np. kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, potencjał techniczny/*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie

oświadczam, iż:

a) udostępniam Wykonawcy w/w zasoby w następującym zakresie:

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

b) sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów przeze mnie udostępnionych przy wykonywaniu zamówienia:

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

c) **zrealizuję dostawę/usługę** w zakresie, w jakim Wykonawca polega na moich zdolnościach   
w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia.