

 **Załącznik nr 4 do SWZ**

**ZPZ- 10/02/24**

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

|  |
| --- |
| **Zamawiający:** Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie |
| **Przedmiot zamówienia*:*** „Wymiana drzwi radiologicznych w pracowni akceleratorowej w bunkrze w budynku „D” Szpitala Klinicznego MSWiA z W-M CO w Olsztynie” |
| **Nazwa i adres podmiotu, który zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji ww. zamówienia:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Oświadczamy, że w ramach ww. postępowania na zasadach określonych w art. 118 ustawy Pzp, udostępniamy Wykonawcy:**.......................................................................................................................................*(nazwa i adres Wykonawcy, któremu udostępniane są zasoby)***nasze zasoby w następującym zakresie:**1. Zakres zasobów podmiotu udostępniającego swoje zasoby dostępnych dla Wykonawcy:………………………………………………………………………………………………………………………………….

 *(należy wskazać co zostanie udostępnione Wykonawcy przez podmiot udostępniający zasoby )*1. Sposób i okres udostępnienia Wykonawcy oraz wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego swoje zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*(należy wpisać okres udziału podmiotu udostępniającego swój potencjał w wykonywaniu zamówienia oraz sposób udostępnienia zasobów)*1. Czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający swoje zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, **zrealizuje** usługi, których wskazane zdolności dotyczą (zaznaczyć właściwe):

[ ]  NIE[ ]  TAK, zrealizuje usługi w następującym zakresie: ……………………………………………………………………….………………………………………………………….…*(należy określić zakres usług, które będzie wykonywał podmiot udostępniający zasoby)* |

*Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym,*

*podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania*

*Podmiotu udostępniającego zasoby, zgodnie z formą reprezentacji określoną w rejestrze lub innym*

 *dokumencie, właściwym dla danej formy organizacyjnej Podmiotu albo przez*

*upełnomocnionego przedstawiciela.*