

## Oświadczenie podmiotu trzeciego, na którego zasoby powołuje się Wykonawca

Znak sprawy: KML – 64/2023

## 1. ZAMAWIAJĄCY:

„Wodociągi Kieleckie” Sp. z o.o., ul. Krakowska 64, 25-701 Kielce

## 2. WYKONAWCA:

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

I.p.	Nazwa(y) Wykonawcy(ów)	Adres(y) Wykonawcy(ów) (NIP/PESEL; KRS/CEiDG)

## 3. PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY:

I.p.	Nazwa Podmiotu Trzeciego udostępniającego zasoby	Adres Podmiotu Trzeciego (NIP/PESEL; KRS/CEiDG)

## ZOBOWIĄZANIE

*innych podmiotów udostępniających zasoby*.....  
(nazwa firmy lub imię i nazwisko innego podmiotu).....  
(siedziba firmy lub miejsce zamieszkania innego podmiotu)

tel.: ....., faks: ....., e-mail: .....

– zobowiązuję się oddać do dyspozycji Wykonawcy jw. niezbędne zasoby na potrzeby realizacji zamówienia pn.: **Świadczenia zdrowotne dla pracowników Spółki „Wodociągi Kieleckie” przez okres 24 miesięcy:**

## a) ZAKRES ZASOBÓW

.....  
.....  
.....

## b) ZAKRES I OKRES UDZIAŁU INNEGO PODMIOTU PRZY WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

.....  
.....  
.....

## c) SPOSÓB WYKORZYSTANIA ZASOBÓW PRZY WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

.....  
.....  
.....

Oświadczam, że znany jest mi fakt, że w odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, Wykonawcy mogą polegać na zdolnościach innych podmiotów, jeżeli podmioty te realizują roboty budowlane lub usługi, do realizacji, których te zdolności są wymagane.

Oświadczam, iż odpowiadam solidarnie z Wykonawcą za ewentualną szkodę Zamawiającego powstałą wskutek nieudostępnienia zasobów, chyba, że za nieudostępnienie zasobów nie będę ponosić winy.

PODPIS(Y):

I.p.	Nazwa(y))	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego oświadczenia	Pieczęć(cie)	Miejscowość i data