

ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY

Nazwa (lub imię i nazwisko) Podmiotu udostępniającego zasoby:

.....

Adres siedziby (lub zamieszkania) Podmiotu udostępniającego zasoby:

ulica:, kod pocztowy - miejscowość:,
województwo:

REGON NIP

Telefon oraz e-mail Podmiotu udostępniającego zasoby

.....

Osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu udostępniającego zasoby:

~~Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zakup i dostawy produktów leczniczych oraz płynów infuzyjnych dla SPS ZOZ w Lęborku działając na podstawie art. 118 ustawy 4060,8pzp składam zobowiązanie do udostępnienia Wykonawcy (wskazać nazwę Wykonawcy)~~

.....

~~następujących zasobów zgodnie z warunkiem postawionym przez Zamawiającego w Rodz. VII ust. 1 pkt 2 SWZ, tj.:~~

~~uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej — koncesji lub aktualnego zezwolenia GIF uprawniającego do prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie objętym zamówieniem (prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, składu celnego, konsygnacyjnego produktów leczniczych) lub dokumentu potwierdzającego uprawnienia Wykonawcy do hurtowego obrotu lekami (w tym uprawnienia przyznane na podstawie art. 72 pkt. 1 i 2 ustawy Prawo farmaceutyczne [wskazać zakres zasobów udostępnianych Wykonawcy]~~

.....

~~..... [wskazać sposób i okres udostępnienia Wykonawcy zasobów]~~

.....

~~..... [wskazać czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą]~~

UWAGA: oświadczenie MUSI być podpisane przez podmiot udostępniający zasoby kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu.