**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **DOZ.240.2.2024**

|  |
| --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa | **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BYDGOSZCZY** |
| Adres | UL. KS. R. MARKWARTA 7, 85-015 BYDGOSZCZ |
| NIP | 554-22-12-161 |
| REGON | 001044962 |
| **PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY** |
| Nazwa z oznaczeniem formy prawnej wykonywanej działalności |  |
| Adres |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

Ja (my) niżej podpisani

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu udostepniającego zasoby)*

**zobowiązuję/emy się do oddania na potrzeby wykonania zamówienia pod nazwą**: **Sukcesywne dostawy leków na potrzeby Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy**, **następującemu Wykonawcy**:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 *(nazwa i adres Wykonawcy)*

**następujących zasobów:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy w/w zasoby w następującym zakresie:

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

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

1. udostępniam Wykonawcy w/w zasoby w następującym okresie:

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

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

1. sposób udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów będzie następujący:

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

*............................................ .................................................................*

 *miejscowość i data podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby*