**Znak sprawy: MOPS.DZP.322.189/2024**

Załącznik nr 4 do SWZ

ZOBOWIĄZANIE podmiotu udostępniającego zasoby

Działając w imieniu i na rzecz:

(nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby oraz numer NIP/Pesel/KRS)

Oświadczam/my, że wyżej wymieniony podmiot, zgodnie z art. 118 ust.3 ustawy Pzp odda Wykonawcy:

(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)

Zakres udostępnianych Wykonawcy zasobów:

Sposób, okres udostępnienia i wykorzystania ww zasobów przez Wykonawcę przy wykonaniu zamówienia):

Czy i w jakim zakresie podmiot, na zdolnościach, którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

**Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym/
podpisem zaufanym/elektronicznym podpisem osobistym**.