Załącznik nr 5 do SWZ

 Nr postępowania 1/ITWL/0013/PN/2025/U

#

..........................., dnia .........................

**Podmiot udostępniający zasoby:**

**Nazwa:** ……………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………… **Siedziba:** ………………………………………………………………………………………

**Dane składającego oświadczenie w imieniu podmiotu udostępniającego zasoby:**

**Imię i nazwisko:** ...............................................................................................................................

**Sposób reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby:** pełnomocnictwo / wpis w rejestrze lub ewidencji\*)

# **Zobowiązanie podmiotu**

# **do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów**

# **na potrzeby realizacji zamówienia**\*\*)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą „*świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz z zakresu dodatkowej opieki medycznej dla Pracowników Zamawiającego i członków ich rodzin”*, oświadczam że:

1. **Zobowiązuję się do oddania swoich zasobów:**

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

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

*(określenie zasobów – wiedza i doświadczenie)*

**do dyspozycji Wykonawcy:**

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

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

*(podać nazwę Wykonawcę, a w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie – wszystkich Wykonawców składających wspólnie ofertę)*

przy wykonywaniu zamówienia.

1. Oświadczam, że:
2. Udostępniam Wykonawcy wyżej wymienione zasoby w następującym zakresie:

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

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

*(należy podać informacje umożliwiające ocenę spełniania warunku przez udostępniane zasoby)*

1. Sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

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

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

1. Zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

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

*\**) *niepotrzebne skreślić*

\*\*) *jeżeli dotyczy*

***Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym***