**Załącznik nr 4 do SWZ**

**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 świadczenie usług w zakresie odbioru i utylizacji odpadów medycznych** działając na podstawie art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2022 r., poz. 1710 ze zm.) składam zobowiązanie do udostępnienia Wykonawcy *(wskazać nazwę Wykonawcy)*

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

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

uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej

* …………………………………………………………………………………………………………………..

*[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]*

sytuacji ekonomicznej lub finansowej

* …………………………………………………………………………………………………………………..

*[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]*

zdolności technicznej lub zawodowej

* …………………………………………………………………………………………………………………..

*[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]*

*\*wypełnić jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby innych podmiotów*

**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 podpisem kwalifikowanym zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**