**RZP.272.1.8.2023Załącznik nr 4 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………..……………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy

………………………………………………………………………………………….

Adres Wykonawcy

…………………………………………………………………

NIP, REGON

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY**

**NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY**

.......................................................................................................................................................

*(nazwa i adres podmiotu udostępniającego, którego dotyczy niniejsza informacja)*

Niniejszym, mając prawo i zdolność do reprezentowania i kierowania w/w firmą zobowiązuję się do udostępnienia firmie ........................................................................................................

 (*nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

na potrzeby realizacji zamówienia na usługi społeczne o wartości mniejszej niż równowartość kwoty 750 000 euro prowadzonego w trybie podstawowym – negocjacje fakultatywne na podstawie art. 275 pkt 2 w związku z art. 359 pkt 2 ustawy Pzp na **przeprowadzenie mobilnych terapii psychologicznych dla mieszkańców Gminy Żukowo, Somonino, Chmielno i Sulęczyno,** w ramach projektu *„Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA”* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020, przez Powiat Kartuski, **niezbędnych zasobów tj.:** *(należy podać zakres dostępnych Wykonawcy zasobów innego podmiotu)*

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

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

**na okres** …………………………………………………….……………….…………………

*(wskazać okres na jaki udostępniany jest zasób)*

**z Wykonawcą łączy mnie stosunek prawny wynikający z**…………………………..………

 *(wskazać charakter stosunku)*

**Sposób udziału w realizacji zamówienia:**

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

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

*(jeżeli podmiot udostępnia osoby - wskazać jakie czynności będą one wykonywały, jaką funkcje będą pełniły podczas realizacji zamówienia; jeżeli podmiot udostępnia doświadczenie – opisać udostępnione zdolności/doświadczenie oraz jakie usługi będą realizowane z udziałem podmiotu udostępniającego zasób w czasie realizacji zamówienia)*

***(Uwaga! Wymagany kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub
podpis osobisty)***