**Załącznik nr 4 do SWZ TP 12/2022**

|  |  |
| --- | --- |
| *oznaczenie podmiotu udostępniającego zasoby.* |  |
| **ZOBOWIĄZANIE**  **innych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia pn.**  ***„Przystosowanie pomieszczeń na oddziale Psychiatrii ogólnej B i C z przeznaczeniem na separatki dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19. II postępowanie*** | |

Ja/My, niżej podpisani, ………………………………………………………………………..……......………………, reprezentując

(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby ……………………………………………………………………………………,

**zobowiązuję się do oddania swoich zasobów**

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

(określenie zasobu – zdolność techniczna/ zdolność zawodowa)

**Wykonawcy:** .....................................................................................................................................

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

(nazwa Wykonawcy, który złożył ofertę w postępowaniu)

przy wykonywaniu zamówienia pod nazwą...............................................................................................

Oświadczam, że stosunek łączący podmiot udostępniający zasoby z Wykonawcę gwarantuje rzeczywisty dostęp do tych zasobów, na potwierdzeni czego przedkładam następujące informacje:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) | zakres dostępnych wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby; | | |
|  |  | | |
| 2) | sposób i okres udostępnienia wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia; | | |
|  |  | | |
| 3) | czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane lub usługi, których wskazane zdolności dotyczą | | |
|  |  | | |
|  | |  |  | |
| *Miejscowość, dnia* | |  | *podpis osoby upoważnionej* | |