**RZP.272.1.2.2024****Załącznik nr 4 do SWZ**

 **Zamawiający:**

Powiat Kartuski

ul. Dworcowa 1

83-300 Kartuzy

**Podmiot udostępniający zasoby:**

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

Nazwa (Firma) Podmiotu udostępniającego zasoby

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

Adres Podmiotu udostępniającego zasoby

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

(NIP/REGON/PESEL (w zależności od podmiotu)

reprezentowany przez:

………………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko)

na podstawie:

…………………………………………………………

(wskazać podstawę do reprezentacji, np. KRS, CEiDG, pełnomocnictwo)

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY**

**NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Oświadczam, że w oparciu o art. 118 ustawy Pzp, zobowiązuję się do oddania do dyspozycji na rzecz Wykonawcy:

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

…………………………………………………………………………………………………

*(nazwa Wykonawcy, któremu zostaną udostępnione zasoby)*

na potrzeby wykonania zamówienia ***„*Prowadzenie specjalistycznych terapii w Centrum Usług Społecznych w Kartuzach** **w ramach trwałości projektu „Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”,** niezbędne zasoby w postaci:

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

(określenie zasobu/-ów)

Oświadczam(y), że:

* zakres dostępnych Wykonawcy zasobów Podmiotu udostępniającego zasoby:

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

..............................................................................................................................……….
*(należy wpisać zakres udostępnienia zasobu)*

* sposób udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów Podmiotu udostępniającego zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

.................................................................................................................................…….
*(należy wpisać w jaki sposób zasób podmiotu będzie wykorzystany przy realizacji zamówienia)*

* charakter stosunku, jaki będzie łączył Wykonawcę z Podmiotem udostępniającym zasoby:

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

.........................................................................................................................……
*(należy wpisać na jakiej podstawie będą udostępniane zasoby)*

* zakres w jakim Podmiot udostępniający zasoby zrealizuje zamówienie, których wskazane zdolności dotyczą:

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

...............................................................................................................………........
*(należy wpisać, czy Podmiot udostępniający zasoby będzie brał udział w realizacji zamówienia oraz w jakim zakresie zasoby będą wykorzystane)*

* okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów Podmiotu udostępniającego zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

..................................................................................................................................
*(należy wpisać okres, w którym zasoby będą udostępnione Wykonawcy i przez niego wykorzystane)*

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