#### Załącznik nr 4 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot**: | …………………………………………………………………………………………..[nazwa, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG] |
| reprezentowany przez: | …………………………………………………………………………………………..[imię, nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby, stanowisko/podstawa do reprezentacji] |

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY** Uwaga: *Niniejsze zobowiązanie wypełnia podmiot trzeci w przypadku, gdy wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej podmiotów udostępniających zasoby w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.* |

**Oświadczam**, w oparciu o postanowienia art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1605), że **zobowiązuję się** do oddania na potrzeby realizacji zamówienia:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zamówienia: | **Poprawa dostępności usług medycznych dla mieszkańców powiatu ostrzeszowskiego z uwzględnieniem opieki senioralnej oraz osób niepełnosprawnych.** |
| Numer referencyjny: | OCZ/ZP-9/2024 |

 do dyspozycji Wykonawcy:

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

[nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę]

nw. zasobów:

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

[określenie zasobów]

**Oświadczam, że**:

1. udostępnię Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie:

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

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. zakres mojego udziału przy realizacji zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. okres mojego udostępnienia zasobów Wykonawcy będzie następujący:

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

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................*[data] | *.................................................................................................................................................*[kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub elektroniczny podpis osobisty osoby / osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby] |