**Załącznik nr 7 do SWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

*(miejscowość, data)*

**ZOBOWIĄZANIE DO ODDANIA WYKONAWCY
DO DYSPOZYCJI NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

składane na podstawie art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320 ze zm.)

Nazwa i adres Podmiotu udostępniającego zasoby:

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

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

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie: „

# **„*****Zakup sprzętu medycznego, łóżek i wyposażenia dla SOR Szpitala Powiatowego w Nowym Tomyślu*”**

Nr postępowania: SPZOZ.DZP.241.10.24

wyżej wymieniony Podmiot **zobowiązuje się** do oddania do dyspozycji Wykonawcy:

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

(*nazwa Wykonawcy, któremu podmiot udostępnia zasoby, adres*)

niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji przedmiotowego zamówienia na zasadach określonych w art. 118 ustawy Pzp.

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów Podmiotu udostępniającego zasoby:

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

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

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów Podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

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

1. czy i w jakim zakresie Podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

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

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

**Dokument winien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę/osoby upoważnione do reprezentowania Podmiotu udostępniającego zasoby**