|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
| …………………………………………………………………… |
| …………………………………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* |

**OŚWIADCZENIE O ZOBOWIĄZANIU PODMIOTU ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY**

**NIEZBĘDNE ZASOBY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| **Dostawy artykułów mrożonych** |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie,  oświadczam co następuje: |

Ja/My niżej podpisany/i (\*):

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja Podmiotu oddającego do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby:** | **Odpowiedź Podmiotu:** |
| Nazwa: |  |
| Numer VAT *(jeżeli dotyczy):*  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny. |  |
| Adres pocztowy: |  |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): |  |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania:** |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: |  |
| Adres pocztowy: |  |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |

działając w imieniu i na rzecz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa/firma i dokładny adres Podmiotu)*

**zobowiązujemy się oddać do dyspozycji Wykonawcy** ubiegającemu się o uzyskanie zamówienia publicznego w zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(wskazać tytuł i numer zamówienia publicznego)*

**następujące zasoby,** na okres realizacji zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**określając jednocześnie:**

***- zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Oświadczenie niniejsze powinno być podpisane podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ, przez Wykonawcę i Podmiot oddający do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby.

*(\*) Uzupełnić.*

*Oświadczenia niniejszego nie składa wraz z ofertą Wykonawca, który w załączniku nr 2 do SWZ nie zadeklarował korzystania z zasobów innego podmiotu i wpisał w pkt 2 załącznika nr 2 do SWZ „nie dotyczy”.*