|  |
| --- |
| **Podmiot udostępniający zasoby:**  ..................…………………...............................……………  …………………..................…..................................………  *(pełna nazwa/firma, adres)*  reprezentowany przez:  …………………………………...............................………..  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |

**OŚWIADCZENIE O ZOBOWIĄZANIU PODMIOTU ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

składane na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2019r. – Prawo zamówień publicznych

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

Oświadczam, że przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia udostępniam Wykonawcy .....................

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

niezbędne zasoby

*(należy wpisać zakres zasobów, które zostaną udostępnione Wykonawcy tj.*

*zdolność techniczna lub zawodowa albo sytuacja finansowa lub ekonomiczna)*

określając jednocześnie:

- zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby:

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

- sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

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

**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 udostępniający zasoby.

*Uzupełnić informacje powyżej.*

*Niniejsze oświadczenie wypełnia Podmiot udostępniający Wykonawcy zasoby w przypadku, gdy Wykonawca polega na jego zasobach w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu (polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej)*

*Oświadczenie niniejsze składane jest wraz z ofertą.*