**sygn. postępowania: ZZ-2380-59/24**

**załącznik nr 4 do SWZ**

**ZOBOWIĄZANIE I OŚWIADCZENIE**

**podmiotu udostępniającego zasoby**

(należy wypełnić i załączyć do oferty tylko w przypadku, gdy wykonawca w celu spełniania   
warunków udziału w postępowaniu polega na zasobach innego podmiotu)

Ja, niżej podpisany ……………………………………………………….……………..………………………..

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

będąc upoważnionym do reprezentowania:

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

*(nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby)*

oświadczam, że wyżej wymieniony podmiot:

1. odda wykonawcy:

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

*(nazwa i adres wykonawcy składającego ofertę)*

do dyspozycji na potrzeby realizacji zamówienia pn.: „**Świadczenie usług medycznych – szczepienia dla policjantów i pracowników Policji dla województwa zachodniopomorskiego na terenie miasta Szczecina”**

niezbędne zasoby:

1. swoją/naszą\* zdolność zawodową w zakresie ……………............………………………………….......
2. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie ww. zasobów będzie następujący:
3. …………………………………………………………………………………………………………
4. charakter stosunku łączącego mnie z Wykonawcą będzie następujący:
5. …………………………………………………………………………………………………………
6. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:
7. …………………………………………………………………………………………………………
8. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:
9. ……………………………………………………………………………………………………………
10. będę realizował następujące roboty, do realizacji których są wymagane wskazane zdolności:
11. ……………………………………………………………………………………………………………

................................, dn. ..............................

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

*Podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty   
(zaawansowany podpis elektroniczny)*