Załącznik nr 8 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o.**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA, składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

W imieniu:

…………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG podmiotu na zasobach którego polega Wykonawca)

zobowiązuję się do oddania swoich zasobów:

…………………………………………………………………………………………………

(określenie zasobu - wiedza i doświadczenie , potencjał kadrowy, potencjał ekonomiczno-finansowy)

do dyspozycji Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa Wykonawcy)

przy wykonywaniu zamówienia pod nazwą: 17/PCM/2022/ZP/A **„Usługa kompleksowego prania i dzierżawy bielizny szpitalnej przez okres 12 miesięcy”**

Równocześnie oświadczam:

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

…………………………………………………………………………………………………

sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

…………………………………………………………………………………………………

zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

………………………………………………………………………………………………… będę realizował n/w roboty budowlane/prace projektowe, których dotyczą udostępniane zasoby odnoszące się do warunków udziału, na których polega Wykonawca:

…………………………………………………………………………………………………

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***