Nr sprawy: OI/KI.2232.2.2.2023.MA Załącznik nr 5 do SWZ

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia

pn. **„Przeprowadzanie konsultacji medycznych, badań diagnostycznych oraz laboratoryjnych na rzecz Zakładu Opieki Zdrowotnej Medycyny Pracy Służby Więziennej w Warszawie”** Znak sprawy: **OI/KI.2232.2.2.2023.MA**

Ja(/My) niżej podpisany(/ni) …………………………….……………..……………….........................................będąc

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

upoważnionym(/mi) do reprezentowania:

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

*(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*

**oświadczam/y,**

że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.– Prawo zamówień publicznych, odda Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

do dyspozycji niezbędne zasoby lub inne podmiotowe środki dowodowe..…......................................................……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................………………………………………………………………………………….

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

*(zakres udostępnianych zasobów)*

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia, znak sprawy **OI/KI.2232.2.2.2023.MA**  **Przeprowadzanie konsultacji medycznych, badań diagnostycznych oraz laboratoryjnych na rzecz Zakładu Opieki Zdrowotnej Medycyny Pracy Służby Więziennej w Warszawie.”**, przez cały okres realizacji zamówienia i w celu jego należytego wykonania.

Sposób i okres udostępnienia i wykorzystania ww. zasobów przez wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia:

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

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

Czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu zrealizuje dostawy, których wskazane zdolności dotyczą:

*…………………………………………………………………………………………………....................................…………………......*

*…………………………………………………………………………………………………....................................…………………......*

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

 *(miejscowość i data złożenia oświadczenia)*

Informacja dla Wykonawcy:

Oświadczenie musi być złożone w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy.

**Uwaga!**

Załącznik nr 5 wypełniają tylko ci Wykonawcy, którzy będą wykorzystywać przy wykonywaniu niniejszego zamówienia niezbędne zasoby innych podmiotów.