Załącznik nr 8 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uwaga!**  **Niniejsze zobowiązanie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym** |

**Zamawiający:**

Szpital Powiatowy w Jarocinie

Ul. Szpitalna 1

63-200 Jarocin

**Podmiot udostępniający zasoby:**

……………………………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Zobowiązanie podmiotu udostepniającego zasoby**

**do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia**

Zobowiązuję się do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia pn.: „Dostawy produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego” następującemu Wykonawcy:

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

*(pełna nazwa i adres Wykonawcy, któremu udostępnione są zasoby, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Ponadto oświadczam, iż:**

1. udostępniam Wykonawcy zasoby w następującym zakresie:

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

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

1. będę realizował niżej wymienione dostawy, których dotyczą udostępnione zasoby, odnoszące się do warunków udziału w postępowaniu dotyczące wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, na których polega Wykonawca:

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