#### Załącznik nr 3 do SWZ

**Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

*(nazwa/firma, albo imię i nazwisko, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

*(imię, nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**  Uwaga: *Niniejsze zobowiązanie wypełnia podmiot trzeci w przypadku, gdy wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej podmiotów udostępniających zasoby w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.*  **(należy złożyć wraz z ofertą)** |

**Oświadczam**, w oparciu o postanowienia art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1605), że **zobowiązuję się** do oddania na potrzeby realizacji zamówienia pn.:

**Świadczenie usług żywienia pacjentów Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia wraz z transportem posiłków.**

Znak sprawy: **OCZ/ZP-10/2024**

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

nw. zasobów:

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

*(określenie zasobów)*

**Oświadczam, że**:

1. udostępnię Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie:

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

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. zakres mojego udziału przy realizacji zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. okres mojego udostępnienia zasobów Wykonawcy będzie następujący:

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………………..*  *(miejsce i data)* | *………………….…………………..………………………*  *(kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany / podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby)* |