**Załącznik nr 3 do SWZ**

Nazwa podmiotu udostępniającego zasoby: …………………………………………………………………

Adres podmiotu udostępniającego zasoby: …………………………………………………………………

KRS/CEIDG/INNY REJESTR: …………………………………………………………………………………

(dane umożliwiające dostęp do odpowiedniego rejestru podmiotu udostępniającego zasoby

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby**

w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na usługę pn.:

**„Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczenie mienia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu w okresie**

**od 17.09.2023 r. do 16.09.2026 r.".**

Oświadczam(-y), że zobowiązuje(-my) się do oddania Wykonawcy:

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

(nazwa Wykonawcy(-ów))

do dyspozycji niezbędne zasoby do realizacji przedmiotowego zamówienia na poniższych warunkach:

1. zakres udostępnianych Wykonawcy zasobów naszego podmiotu:

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

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów naszego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia:

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

1. Oświadczam(-y), że w stosownym terminie na wezwanie Zamawiającego złożę(-ymy) oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, w zakresie w jakim udostępniamy nasze zasoby.

 ……………………………………………………….

 (kwalifikowany podpis elektroniczny)