**ZPZ-30/05/23 Załącznik nr 9 do SWZ**

**PISEMNE ZOBOWIĄZANIE INNYCH PODMIOTÓW DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA OKRES KORZYSTANIA Z NICH PRZY WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**ZOBOWIĄZANIE**

Ja niżej podpisany…………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko – imiona i nazwiska)*

należycie umocowany do reprezentowania firmy: …………………………………..……………………………………………….

………………………………………………………….………………. z siedzibą: ……………………………………………..………………….

…………………………………………………………………………………………………, w związku z ogłoszeniem postępowania  
o udzielenie zamówienia klasycznego w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji pn.: **Dostawa i montaż wyposażenia meblowego w ramach projektu pn. „Utworzenie klinicznego oddziału hematologii z ośrodkiem transplantacji szpiku w Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii Szpitala MSWiA poprzez przebudowę istniejącej infrastruktury wraz z wyposażeniem**, znak sprawy: ZPZ-30/05/23, prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie oświadczam.

**z o b o w i ą z u j ę s i ę d o t e g o, ż e:**

w przypadku wybrania jako najkorzystniejszej oferty Wykonawcy : ………………………………………….…….....…….

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

z siedzibą : ……………………………………………………………………………………………………………….……........…………...…….

**zobowiązuję się do udostępnienia mu na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia jak wyżej, następujących zasobów:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………..

2. Sytuacja ekonomiczna lub finansowa w zakresie: …………………………………………………………....……………………

3. Zdolność techniczna lub zawodowa w zakresie:

1. …………………………………………………………
2. …………………………………………………………
3. …………………………………………………………

4. Jednocześnie oświadczam, że będę uczestniczył w realizacji części zamówienia do realizacji której zasoby te są wymagane.

*.......................................................... ...........................................................................*

*Miejscowość i data Podpis osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta*