*Pieczęć Wykonawcy*

pieczęć wykonawcy

**ZOBOWIĄZANIE**

**do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

My/Ja, niżej podpisani/y:..........................................................................................................

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

reprezentując …………………..…………………………….………………………………….…………………………………

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

**oświadczam(/y)**, że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 22a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 z późn. zm.), odda Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia pn.:

**Usługa ubezpieczenia Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim**

do dyspozycji niezbędne zasoby ………………………………………………………………..

*(zakres udostępnianych zasobów)*

na cały okres realizacji zamówienia i w celu jego należytego wykonania.

Sposób wykorzystania w/w zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia:

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

Charakter stosunku prawnego, jaki będzie łączył nas z Wykonawcą:

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*………………….…………………..………………………*

*(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*