**Załącznik nr 5 do SWZ**

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**Nazwa (lub imię i nazwisko) Podmiotu udostępniającego zasoby:**

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

**Adres siedziby (lub zamieszkania) Podmiotu udostępniającego zasoby:**

ulica: ……………………..……..., kod pocztowy …. - ….. miejscowość: …………….…………,

województwo: ……………………..

**REGON** ………….…………… **NIP** ……………….……… PESEL \* ……………………………

**Telefon oraz e-mail Podmiotu udostępniającego zasoby**

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

**Osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu udostępniającego zasoby**: ……………………………………………………………………………………………….

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług w ramach wiodącego ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego na terenie powiatu lęborskiego w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”** działając na podstawie art. 118 ustawy pzp składam zobowiązanie do udostępnienia Wykonawcy *(wskazać nazwę Wykonawcy)*

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

**Nazwa (lub imię i nazwisko) oraz adres siedziby Wykonawcy**

zdolności technicznej lub zawodowej zgodnie z warunkiem postawionym przez Zamawiającego w Rozdz. VII pkt. 1 SWZ, tj.:

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

*(należy opisać w szczególności:*

*a) zakres zasobów udostępnianych Wykonawcy,*

*b) sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów,*

*c) czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby* *zrealizuje roboty budowlane, których wskazane zdolności dotyczą)*

***\*w przypadku osób fizycznych***

**UWAGA: oświadczenie MUSI być podpisane przez podmiot udostępniający zasoby kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty podpisem kwalifikowanym zaznaczyć opcję widoczności podpisu.**