#### Załącznik nr 4 do SWZ

|  |
| --- |
| 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.* |

**Nr postępowania: ZP/17/21**

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

Ja (My) niżej podpisany (i):

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

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby)*

**Zobowiązuję się**, zgodnie z postanowieniami art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2019 poz. 2019 tj. ze zm.), do oddania nw. zasobów:

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

*(określenie zasobów)*

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

na potrzeby realizacji zamówienia pn.: **Usługi serwisowe okresowych przeglądów technicznych, konserwacji i naprawy aparatury i sprzętu medycznego**

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:

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

Nr postępowania: **ZP/17/21**

**Zamawiający:**

„Kutnowski Szpital Samorządowy”

Spółka z o.o.

ul. Kościuszki 52, 99-300 Kutno

NIP: 7752631681, REGON: 100974785

**Podmiot udostępniający zasoby:**

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

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

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

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Podmiotu udostępniającego zasoby** składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2019, poz. 2019 tj. ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp), dotyczące:**PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****ORAZ****SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez **„Kutnowski Szpital Samorządowy” Sp. z o.o.** pn.: **Usługi serwisowe okresowych przeglądów technicznych, konserwacji i naprawy aparatury i sprzętu medycznego**

Oświadczam/(-my), co następuje:

* Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.\*
* Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...............................................................................................

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\* niepotrzebne skreślić

**Informacja dla Podmiotu udostępniającego zasoby:**

Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Podmiotu **kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**