Załącznik nr 14 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uwaga!**  **Niniejsze zobowiązanie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym** |

**Zamawiający:**

Powiat Jarociński

Al. Niepodległości 10

63-200 Jarocin

**Podmiot udostępniający zasoby:**

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

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

reprezentowany przez:

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

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

**Zobowiązanie podmiotu udostepniającego zasoby**

**do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia**

Zobowiązuję się do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia pn.: „Zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o.”

‒ Część \_\_\_,

następującemu Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pełna nazwa i siedziba Wykonawcy, któremu udostępnione są zasoby, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Ponadto oświadczam, iż:**

1. udostępniam Wykonawcy zasoby w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. będę realizował niżej wymienione dostawy, których dotyczą udostępnione zasoby, odnoszące się do warunków udziału w postępowaniu dotyczące wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, na których polega Wykonawca:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_