**WAD.272.1.1.2024.AM Załącznik nr 6 do SWZ**

*Zobowiązanie składane wraz z ofertą (jeżeli dotyczy)*

# ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY

Ja:

| **Imię i nazwisko**  osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu udostępniającego zasoby | **Wpisz imię i nazwisko** |
| --- | --- |
| **Stanowisko**  Właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, upełnomocniony reprezentant, itp. | **Wpisz stanowisko** |

Działając w imieniu i na rzecz:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa**  Podmiotu na zasobach, którego Wykonawca polega | **Wpisz nazwę** |

Zobowiązuję się do oddania niżej wymienionych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia:

| **Określenie zasobu – wiedza i doświadczenie, potencjał techniczny, osoby zdolne do wykonywania zamówienia, zdolności finansowe lub ekonomiczne**  Należy wskazać odpowiednio zasoby, tj. imię i nazwisko osób zdolnych do wykonania zamówienia, wartość środków finansowych, nazwę inwestycji/zadania, itp. | **Wpisz określenie udostępnianego zasobu** |
| --- | --- |

do dyspozycji WYKONAWCY, TJ.:

| **Nazwa**  Wykonawcy | **Wpisz nazwę** |
| --- | --- |
| **Adres**  Wykonawcy | **Wpisz adres** |

w trakcie wykonywania zamówienia pn.:

**Świadczenie usług całodobowej** **ochrony fizycznej osób i mienia   
w budynku Oddziału Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Roślin   
i Nasiennictwa w Szczecinie przy ul. Matejki 6B wraz ze wsparciem Grup Interwencyjnych**

Oświadczam, że:

| **Udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:** | **Wpisz zakres udostępnianych zasobów** |
| --- | --- |
| **Sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:** | **Wpisz sposób wykorzystania** |
| **Zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:** | **Wpisz zakres udziału** |
| **Okres mojego udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:** | **Wpisz okres udostępniania zasobów** |
| **Zrealizuję usługi, których wskazane zdolności dotyczą:** | **Wpisz usługi** |

Potwierdzam, że stosunek łączący Wykonawcę oraz podmiot udostępniający zasoby, w imieniu którego działam, gwarantuje rzeczywisty dostęp do wyżej wymienionych zasobów.

Zobowiązanie składane tylko w przypadku udostępniania zasobów przez podmiot.

Po wypełnieniu formularza zaleca się przekonwertowanie pliku do formatu .pdf.

Plik należy podpisać elektronicznie za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego, zaufanego lub podpisu osobistego (poprzez e-dowód).