

Załącznik nr 5 - zobowiązanie podmiotu

dotyczy postępowania znak. ZP/2501/53.1/24 – Usługa okresowych przeglądów aparatury medycznej- powtórzenie

# Dane podmiotu udostępniającego zasoby

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |

**Zobowiązanie podmiotu o oddaniu**

**Wykonawcy swoich zasobów dotyczących**: 1

* zdolności zawodowej

Zobowiązuję/zobowiązujemy się do oddania do dyspozycji Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa: |  |
| Adres: |  |

niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia publicznego na wykonanie usługi okresowych przeglądów aparatury medycznej w związku z powołaniem się na te zasoby w celu spełniania warunku udziału w postępowaniu przez Wykonawcę dotyczących sytuacji finansowej/zdolności zawodowych1.

W związku z powyższym informujemy: 2

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres zasobów udostępnianych Wykonawcy |  |
| Sposób i okres udostępniania zasobów przy wykonaniu zamówienia |  |
| Zrealizujemy usługi/roboty budowlane w wymienionym zakresie |  |

1 niewłaściwe skreślić

2 prosimy o przedstawienie informacji w kol. 2

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty |
|  |