Nr Sprawy: ZP/TP2/05/2024 Załącznik nr 3 do SWZ

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU TRZECIEGO**  **do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia** |

W imieniu:

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

*( wpisać nazwę Podmiotu, na zasobach którego polega Wykonawca)*

Zobowiązuję się do oddania swoich zasobów

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

*(określenie zasobu – zdolność techniczna, zdolność zawodowa)*

do dyspozycji Wykonawcy:

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

*(wpisać nazwę Wykonawcy)*

przy wykonywaniu zamówienia pn. *„***Usługi cateringowe na całodobowe żywienie pacjentów Szpitala Chorób Płuc w Siewierzu*” – nr sprawy: ZP/TP2/05/2024****.*

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy w/w zasoby, w następującym zakresie:

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

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

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

1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

1. udostępniając wykonawcy zdolności w postaci wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia będę realizował roboty budowlane, których dotyczą udostępnione zdolności:

**TAK\*/NIE \***

*UWAGA:*

*Zamiast niniejszego Formularza można przedstawić inne dokumenty, w szczególności:*

1. *pisemne zobowiązanie podmiotu, o którym mowa w art. 118 ustawy Pzp*
2. *dokumenty dotyczące:*
   1. *zakresu dostępnych wykonawcy zasobów innego podmiotu;*
   2. *sposobu wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia publicznego;*
   3. *zakresu i okresu udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia;*
   4. *czy podmiot, na zdolnościach którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą.*

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

\* *- niepotrzebne skreślić*