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

(Firma podmiotu udostępniającego zasoby)

Załącznik 6 do SWZ\*

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby, o którym mowa w art. 118 ust. 3 ustawy Pzp,**

**oddania do dyspozycji Wykonawcy zasobów niezbędnych do wykonania zamówienia**

1. Oświadczam, że oddaję Wykonawcy:

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

(uzupełnić poprzez wskazanie nazwy/firmy adresu, w zależności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEIDG Wykonawcy, któremu udostępnia się zasoby)

ubiegającemu się o udzielenie zamówienia w postępowaniu na usługi pn. **„Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej w 2025 roku nad pracownikami Izby Administracji Skarbowej w Opolu”** do dyspozycji następujące zasoby na potrzeby realizacji zamówienia:

1. zakres zasobów:

……………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………….………

1. sposób wykorzystania zasobów przez Wykonawcę przy realizacji zamówienia:

……………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………….………

1. Oświadczamy, że w okresie od …..…..……..……… do …………......……… będziemy brać udział w wykonaniu niniejszego zamówienia w następującym zakresie:

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

1. Oświadczamy, że zrealizujemy/nie zrealizujemy**1)** usługi, do których nasze zdolności są wymagane.

**Podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/podpisem zaufanym/podpisem osobistym przez:**

**………………………………………………………………………………………….**

**(wpisać imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie w imieniu podmiotu udostępniającego zasoby)**

Uwaga:

\* wypełnić, jeżeli w celu wykazania warunku udziału w postępowaniu Wykonawca składający ofertę polega na zasobach innych podmiotów

1) niepotrzebne skreślić