**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Znak postępowania:** 1/2026/PCPR/PZP

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTÓW DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA *(WYPEŁNIA PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY POTENCJAŁ)***

***Podmiot udostępniający zasoby***

***………………………………………….***

***………………………………………….***

(pełna nazwa/firma, adres, w  zależności

od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

***ZOBOWIĄZANIE INNEGO PODMIOTU***

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, **pn.: Dostawa „opasek medycznych” oraz świadczenie usługi obejmującej całodobową obsługę monitoringu przez centrum teleopieki, w ramach projektu pn. „Nie jesteś sam!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej  
i budżetu państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027**,

**Ja:**

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu, stanowisko (właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, upełnomocniony reprezentant itp.)

działając w  imieniu i na rzecz:

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

(nazwa Podmiotu)

zobowiązuję się do oddania nw. zasobów:

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

(określenie zasobu)

do dyspozycji Wykonawcy:

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

(nazwa Wykonawcy)

**Oświadczam, że:**

* + - 1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

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

* + - 1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy realizacji zamówienia będzie następujący:

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

* + - 1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

* + - 1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

* + - 1. zrealizuję/nie zrealizuję usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

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

...........................................................................

kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby uprawnionej/osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy