#### *Załącznik nr 3 do SWZ*

**Zamawiający:**

### Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej

w Mońkach

ul. Al. Niepodległości 9

19-100 Mońki

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot**: | …………………………………………………………………………………………………..  [nazwa, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG] |
| reprezentowany przez: | …………………………………………………………………………………………………..  [imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji] |

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**  Uwaga: *Niniejsze zobowiązanie wypełnia podmiot trzeci w przypadku, gdy wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej podmiotów udostępniających zasoby w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu.* |

**Oświadczam**, w oparciu o postanowienia art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 1320 ze zm.), że **zobowiązuję się** do oddania na potrzeby realizacji zamówienia:

|  |
| --- |
| **Usługa organizacji szkoleń dla pracowników SP ZOZ w Mońkach, w ramach przedsięwzięcia pt.: „Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie ilości świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym i Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej, etap III i IV restrukturyzacji SP ZOZ w Mońkach”. Znak sprawy: ZP-3/2026** |
| **"Usługa realizowana w ramach zadania 4 szkolenia i edukacja",** |

do dyspozycji Wykonawcy:

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

[nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę]

nw. zasobów:

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

[określenie zasobów]

**Oświadczam, że**:

1. udostępnię Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie:

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

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. zakres mojego udziału przy realizacji zamówienia publicznego będzie następujący:

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

1. okres mojego udostępnienia zasobów Wykonawcy będzie następujący:

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................*  [data] | *.................................................................................................................................................*  [kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby / osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu udostępniającego zasoby] |