**ZP.271.2.2026 Załącznik nr 3 do SWZ**

*(jeśli dotyczy)*

**ZOBOWIĄZANIE**

podmiotu udostępniającego zasoby na czas realizacji zamówienia

pn.: „**Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**

**część 3 zamówienia: dostawa sprzętu medycznego dla Gminnego Centrum Zdrowia w Nowej Męcince**”

Ja niżej podpisany/a:

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

*(imię i nazwisko składającego zobowiązanie)*

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(wpisać nazwę i adres podmiotu)*

**udostępniam Wykonawcy**

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

*(nazwa i adres Wykonawcy, któremu udostępniane są zasoby)*

**zasoby w zakresie ………………………………..\***

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

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

*(wskazać zakres)*

Jednocześnie oświadczam, co następuje:

1. zakres dostępnych Wykonawcy zasobów Podmiotu Udostępniającego będzie następujący:

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

1. sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów Podmiotu Udostępniającego przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

1. Podmiot Udostępniający, zrealizuje/nie zrealizuje\* roboty budowlane, których wskazane zdolności dotyczą.
2. Podmiot Udostępniający w następującym zakresie zrealizuje roboty budowlane, których zdolności  
   w zakresie doświadczenia dotyczą:

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

........................................*(miejscowość),* dnia ........................... r.

……………………………………………………

*Podpis osób upoważnionej*

*do reprezentowania podmiotu*

*\* wpisać odpowiedni zakres*