**Załącznik nr 9 do SWZ**

Dane wykonawcy

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

Pełna nazwa wykonawcy

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

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

**ZOBOWIĄZANIE DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

składane na podstawie art. 118 ust. 3 ustawy Pzp

**(składane wraz z ofertą)**

**W imieniu:**

|  |
| --- |
| *(pełna nazwa/firma, adres, NIP/PESEL, KRS/CEiDG podmiotu na zasobach, którego polega Wykonawca)* |

zobowiązuję się do oddania swoich zasobów:

|  |
| --- |
| *określenie zasobu - wiedza i doświadczenie , potencjał kadrowy, potencjał ekonomiczno-finansowy)* |

do dyspozycji Wykonawcy:

|  |
| --- |
| *(nazwa Wykonawcy)* |

przy wykonywaniu zamówienia pod nazwą:

**„Odbiór i utylizacja odpadów medycznych dla Szpitala Powiatowego w Kętrzynie” znak 20/TP/2023**

Równocześnie oświadczam[[1]](#footnote-1):

1. udostępniam Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie: ……………………………….……………...
2. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów: …...........................................................
3. okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów przy wykonywaniu zamówienia: ……………………..
4. będę realizował następujące usługi, których dotyczą udostępniane zasoby odnoszące się do warunków udziału, na których polega Wykonawca …………………………….……………………………..

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art.233kk oraz 305 kk.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **, dnia** |  |  |  |
|  | | | | ***(podpis Podmiotu/ osoby upoważnionej do reprezentacji***  ***Podmiotu na zasobach, którego polega Wykonawca)*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | , dnia |  |  |  |
|  | | | | *(podpis Podmiotu/osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)* |

1. *Należy podać informacje umożliwiające ocenę spełnienia warunków przez udostępniane zasoby.* [↑](#footnote-ref-1)