**Załącznik nr 4 do SWZ**

*UWAGA – Niniejsze zobowiązanie wypełnia podmiot trzeci jedynie w przypadku, gdy Wykonawca polega*

*na jego zasobach w celu wykazania warunku dysponowania zasobami technicznymi lub zawodowymi*

……………………………………………..

(miejscowość, dnia)

Nazwa Wykonawcy:

………………………………………………………..

Adres siedziby Wykonawcy:

………………………………………………………….

KRS/CEiDG w zależności od podmiotu

………………………………………………………….

adres strony, z której można pobrać ww. dokumenty

…………………………………………………………………………….….

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU TRZECIEGO**

**do oddania do dyspozycji wykonawcy niezbędnych zasobów**

**na potrzeby wykonania zamówienia**

Ja (my) niżej podpisany (i)

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu trzeciego)

Zobowiązuję (my) się do oddania na potrzeby wykonania zamówienia pod nazwą:

**DOSTAWA TESTÓW ANTYGENOWYCH SARS-Cov-2**

**do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**

następującemu wykonawcy (nazwa i adres wykonawcy)

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

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

następujących zasobów *(np. wiedza i doświadczenie, potencjał techniczny, potencjał kadrowy, potencjał ekonomiczny lub finansowy)*: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy w/w zasoby w następującym zakresie:

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

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

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

1. charakter stosunku łączącego mnie z Wykonawcą będzie następujący:

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

1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

**Zobowiązanie opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

**lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych**

**do reprezentowania podmiotu trzeciego**