**Załącznik nr 6 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:

**ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE STACJONARNEJ OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA**

**w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym** Nr referencyjny: ZP/15/2021,

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**