Sygnatura postępowania: ZOZ-5/2020 Załącznik nr 6 do SIWZ

ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU TRZECIEGO o zdolnościach lub sytuacji których Wykonawca polega, do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia

Działając w imieniu i na rzecz:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………. (nazwa i adres Podmiotu na zasobach którego polega Wykonawca)

Zobowiązuję się do oddania nw. zasobów na potrzeby wykonania zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………….. (określenie zasobu - wiedza i doświadczenie, potencjał kadrowy)

do dyspozycji Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………… (nazwa Wykonawcy)

w trakcie wykonywania zamówienia pod nazwą:

 (USŁUGA SPOŁECZNA PONIŻEJ WARTOŚCI 750 000 EURO)

USŁUGA PRANIA WRAZ Z DZIERŻAWĄ BIELIZNY SZPITALNEJ.

WDROŻENIE ELEKTRONICZNEGO SYSTEMU BEZDOTYKOWEJ IDENTYFIKACJI PRANIA RFID HF WRAZ WYNAJMEM MASZYNY VENDINGOWEJ NA BLOK OPERACYJNY)

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

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

2. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

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

3. charakter stosunku łączącego mnie z Wykonawcą będzie następujący:

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

4. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

5. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

Oświadczam, że jestem świadomy, iż w przypadku szkody Zamawiającego powstałej wskutek nieudostępnienia ww. zasobów odpowiadam wobec Zamawiającego solidarnie z ww. Wykonawcą Moja odpowiedzialność wygasa jeżeli nieudostępnienie przedmiotowych zasobów nastąpiło na skutek okoliczności, za które nie ponoszę winy.

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

Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do występowania w imieniu Podmiotu w obrocie prawnym lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo

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

Podpis(y) osoby (osób) uprawnionej(ych)

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

Miejscowość i data