Załącznik nr 5 do SWZ

Dane podmiotu udostępniającego zasoby na potrzeby Wykonawcy		
Nazwa podmiotu		
Adres		
Nr NIP		
Nr KRS (jeśli dotyczy)		
Nr REGON		
Telefon		
e-mail		
Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu	Imię i nazwisko	
	stanowisko	

ZOBOWIĄZANIE[1]

do udostępnienia niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia

Ja(/My) niżej podpisany(/ni)
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

będąc upoważnionym(/mi) do reprezentowania:
(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)

oświadczam(/y),

że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych, udostępni Wykonawcy:

(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)

do dyspozycji niezbędne zasoby
(zakres udostępnianych zasobów)

na cały okres realizacji zamówienia pn. ,,Sukcesywne dostawy szczepionek, do wykonywania szczepień ochronnych zamiennie bądź poza obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi wynikającymi z kalendarza szczepień dla potrzeb Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Chełmie" , w celu jego należytego wykonania.
Charakter stosunku prawnego, jaki będzie łączył nas z Wykonawcą:

Uwaga!
Formularz składany jest odrębnie przez każdy podmiot udostępniający zasoby

[1] Zobowiązanie podpisują przedstawiciele podmiotu udostępniającego zasoby