

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	

ZOBOWIĄZANIE¹**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. „Dostawa unitów stomatologicznych wraz z wyposażeniem dla potrzeb Poradni Stomatologicznej 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