***Załącznik nr 4 do SWZ***

**Nr sprawy: TP/01/2022**

**Zobowiązanie innego podmiotu do udostępnienia niezbędnych**

**zasobów Wykonawcy**

ZAMAWIAJĄCY- PROWADZĄCY POSTĘPOWANIE

Miasto Łódź – Dom Pomocy Społecznej

ul. Rojna 15

91 - 142 Łódź

PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY :

(pełna nazwa i adres Wykonawcy\*, Wykonawców wspólnie

ubiegających się o udzielenie zamówienia\*)

REGON NIP

tel. fax. adres e-mail …………………………………………

1. **Oświadczam, że** zgodnie z postanowieniami art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych, udostępniam Wykonawcy:

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

niezbędne zasoby

*(zakres zasobów, które zostaną udostępnione Wykonawcy – zdolność techniczna lub zawodowa lub sytuacja finansowa lub ekonomiczna)*

przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia.

1. **Oświadczam, że:**
2. udostępniam Wykonawcy ww. zasoby w następującym zakresie: .…………………………………………………………………………………………………..

*(należy wpisać nazwę, określić sposób będący wykorzystany podczas realizacji zamówienia)*

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

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

*(należy wpisać w jaki sposób zasób Podmiotu będzie wykorzystany podczas realizacji zamówienia)*

1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

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

*(należy wpisać okres, w którym zasoby będą udostępniane Wykonawcy)*

d) zakres mojego udziału przy wykonaniu zamówienia będzie następujący:

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

*(należy wpisać w jakim zakresie Podmiot udostępniający zasoby będzie brał udział w realizacji zamówienia tj. jaki zakres będzie wykonywał)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_ \_\_ 2022 roku

*………………………………………………..*

*(Podpis(y) osoby (osób) upoważnionej (ych) do podpisania niniejszego zobowiązania w imieniu podmiotu udostępniającego zasoby   
Zobowiązanie winno być podpisane w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego*