

Znak sprawy: 8/ WOMP – ZCLiP / 2022

Załącznik Nr 6 do SWZ

**Wzór zobowiązania podmiotu trzeciego
– jeżeli Wykonawca polega na zasobach lub sytuacji podmiotu trzeciego**

Informatyzacja WOMP-ZCLiP w Szczecinie

w ramach projektu „Zachodniopomorskie e-Zdrowie” współfinansowanego środkami Unii Europejskiej
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-
2020 Oś Priorytetowa 9 Infrastruktura publiczna, Działanie 9.10
Wsparcie rozwoju e-usług publicznych (e-Zdrowie)

Znak sprawy: 8/ WOMP – ZCLiP / 2022

Załącznik Nr 6 do SWZ

Zamawiający:

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy –
Zachodniopomorskie Centrum Leczenia
i Profilaktyki w Szczecinie
ul. Bolesława Śmiałego 33
70-347 Szczecin

ZOBOWIĄZANIE
do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów

Nazwa podmiotu udostępniającego zasoby:

.....
Siedziba
REGON NIP
KRS/CEIDG
e-mail nr telefonu

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko)

.....
(podstawa do reprezentacji)

na podstawie art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1710 ze zm.) zobowiązuję się do udostępnienia do dyspozycji Wykonawcy:

.....
(nazwa wykonawcy)

zasobów wskazanych w niniejszym oświadczeniu na potrzeby realizacji zamówienia pod nazwą:

Informatyzacja WOMP-ZCLiP w Szczecinie w ramach projektu pn.
„Zachodniopomorskie e-Zdrowie”

współfinansowanego środkami Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego
Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 9 Infrastruktura publiczna,
Działanie 9.10

Wsparcie rozwoju e-usług publicznych (e-Zdrowie)

Oświadczam, że:

a) udostępniam Wykonawcy zasoby, w następującym zakresie:

.....
.....

b) sposób udostępniania i wykorzystania zasobów będzie następujący:

.....
.....

c) okres udostępniania i wykorzystania zasobów będzie wynosił:

.....
.....

d) zrealizuję następujący zakres usług (w odniesieniu do warunków dotyczących wykształcenia/kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, wykonawcy mogą polegać na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby, jeśli podmioty te wykonają usługi, do realizacji których te zdolności są wymagane):

.....
.....

e) w stosunku do podmiotu, który reprezentuję nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania w sytuacjach określonych w Rozdziale 11 Specyfikacji Warunków Zamówienia.

f) podmiot, który reprezentuję spełnia warunki udziału w postępowaniu, w zakresie w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy ich przedstawianiu.

..... (miejscowość), dnia r.

(podpis udostępniającego zasoby)

Należy podpisać zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF

Uwaga! Należy dołączyć dokumenty potwierdzające, że osoba podpisująca niniejsze zobowiązanie, jest uprawniona do działania w imieniu innego podmiotu, o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych podmiotu.

Informacja dla Wykonawcy:

Zobowiązanie wraz z oświadczeniem składa podmiot, na którego zdolności w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu powołuje się Wykonawca.