IZBA WYTRZEŹWIEŃ
ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń
sekretariat tel./fax 56/645 89 96
sekretariat@moeipu.pl www.iw.torun.pl

Załącznik Nr 5 do SWZ

Znak sprawy: IW.2.26.1.1.2026

Zamawiający: Izba Wytrzeźwień w Toruniu, ul. Kasztanowa 16, 87-100 Toruń

Podmiot udostępniający zasoby:

……
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)
reprezentowany przez:

……
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Zobowiązanie innych podmiotów do oddania do dyspozycji wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Świadczenie usług medycznych w ramach dyżurów lekarskich na rzecz Izby Wytrzeźwień w Toruniu w okresie od 1.01.2027r. do 31.12.2027r.,** oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że oddaję do dyspozycji Wykonawcy

……

(należy podać nazwę Wykonawcy, adres)

zasoby w postaci

……

(określenie zasobów – zdolności techniczne, zawodowe, sytuacja finansowa, ekonomiczna, wykształcenie, kwalifikacje zawodowe, doświadczenie)

w celu spełnienia warunków udziału w postępowaniu przez cały okres obowiązywania umowy.

Oświadczam, że stosunek łączący mnie z ww. Wykonawcą gwarantuje rzeczywisty dostęp do udostępnianych mu zasobów, na potwierdzenie czego przedstawiam, co następuje:

1) zakres dostępnych Wykonawcy zasobów podmiotu udostępniającego zasoby: ……..…….

2) sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów podmiotu udostępniającego te zasoby przy wykonywaniu zamówienia:

…….

3) informacja, czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane/usługi*, których wskazane zdolności dotyczą:
……

……
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty