**Załącznik nr 7 - do SIWZ**

**Gminna Przychodnia Zdrowia   
w Andrespolu**

**ul. Rokicińska 125**

**95-020 Andrespol**

**Nr postępowania: ZP.GPZ.271.1.2018**

**ZOBOWIĄZANIE DO ODDANIA WYKONAWCY DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH ZASOBÓW NA POTRZEBY REALIZACJI ZAMÓWIENIA[[1]](#footnote-1)**

Nazwa/firma podmiotu oddającego do dyspozycji niezbędne zasoby:

..................................................................................................................................

Adres:

..................................................................................................................................

Nr tel. .......................

Nr fax ……………………………..……

e-mail ………………………………….

Zamawiający będzie przesyłać korespondencję na wskazany powyżej adres/ nr faxu / email.

W imieniu …………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa i adres Podmiotu, który udostępnia zasoby)

zobowiązuję/emy się do oddania na rzecz:

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

(nazwa i adres Wykonawcy, któremu udostępniane są zasoby)

do dyspozycji niezbędnych zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego pn.: **„Ucyfrowienie pracowni RTG w Gminnej Przychodni Zdrowia w Andrespolu”**

1. Zakres dostępnych wykonawcy zasobów innego podmiotu (informacja, jakie konkretnie zasoby zostaną udostępnione) …………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Sposób wykorzystania przez wykonawcę zasobów innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego (informacja, jak zasoby te będą wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia):

…………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Zakres i okres udziału podmiotu udostępniającego zasoby przy wykonywaniu zamówienia publicznego (czy podmiot weźmie udział w realizacji zamówienia i w jakim zakresie oraz okresie):

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

1. Czy podmiot, na zdolnościach, którego wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje roboty budowlane, których wskazane zdolności dotyczą: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

*…………………………………………………*

(podpis i pieczęć osób upełnomocnionej

do złożenia podpisu w imieniu podmiotu

oddającego do dyspozycji niezbędne zasoby)

*………………………………………………..*

(podpis i pieczątka Wykonawcy

lub jego upełnomocnionego przedstawiciela)

1. **Załącznik fakultatywny w przypadku udostępnienia Wykonawcy zasobów przez inne podmioty, składany wraz z ofertą** [↑](#footnote-ref-1)