**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na potrzeby wykonania zamówienia**

Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **18 / 2021 / PN**

**ZAMAWIAJĄCY:** WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY

**PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY**: ……………………………...............................................................................................

/nazwa i adres podmiotu udostępniającego zasoby/

NIP - ……………………………………………………

REGON - …………………………..………………..

Ja *(my)* niżej podpisani

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

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu udostepniającego zasoby)*

**Zobowiązuję / my się do oddania na potrzeby wykonania zamówienia pod nazwą**: **dostawy preparatów i testów chemicznych, opakowań sterylizacyjnych oraz innych materiałów stosowanych w procesach sterylizacyjnych dla Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy**, **następującemu Wykonawcy**:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**następujących zasobów:**

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

Oświadczam, iż:

1. udostępniam Wykonawcy w/w zasoby w następującym zakresie:

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

1. udostępniam Wykonawcy w/w zasoby w następującym okresie:

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

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

1. sposób udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów będzie następujący:

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

*................................................................. .................................................................*

*miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

*do reprezentowania podmiotu udostępniającego zasoby*