**Załącznik nr 5 do SWZ**

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

Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **32/2021/TP**

**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 leków stosowanych w programach terapeutycznych „Przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci”, leczenie „Spastyczności w MPD”, leczenie „Przewlekłych zakażeń płuc u pacjentów z mukowiscydozą”

**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*