*Załącznik nr 10*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr TP-48/24*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**Działając w imieniu i na rzecz:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa podmiotu udostępniającego zasoby** | **Adres podmiotu** | **NIP/REGON** |
|  |  |  |

na podstawie art. 118 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych **zobowiązuję się** udostępnić WYKONAWCY:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYKONAWCA, któremu udostępniono zasoby** | **Adres** | **NIP/REGON** |
|  |  |  |

niezbędne zasoby na potrzeby realizacji zamówienia pn. **„Świadczenie kompleksowej usługi w zakresie ochrony osób i mienia na terenie Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii”** w zakresie:

1. udostępniam Wykonawcy zasoby w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej tj.

* doświadczenie w realizacji usług/usługi\* odpowiadających/cej przedmiotowi zamówienia;
* osobę skierowaną do realizacji zamówienia

*(podkreślić właściwe)*

1. sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów będzie następujący:

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

1. okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie wynosił:

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

1. zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący   
   (czy i w jakim zakresie podmiot udostępniający zasoby zrealizuje usługi, do których te zdolności są wymagane).

W realizacji zamówienia będziemy czynnie uczestniczyć - jako podwykonawcy następujących usług: