**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Dane podmiotu oddającego zasoby:**

………………………………..……..

………………………………..……..

………………………………..……..

………………………………..……..

………………………………..……..

(nazwa firmy, adres, NIP/KRS/ CEIDG)

**OŚWIADCZENIE**

**Zobowiązanie do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia**

Ja niżej podpisany ………………….……………..……………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko składającego oświadczenie)*

będąc upoważnionym do reprezentowania:

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

*(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)*

**oświadczam,**

że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz.1129), odda Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

na okres realizacji zamówienia pn.: **Dostawa wyrobów medycznych jednorazowego użytku do SPZZOZ w Wyszkowie w okresie 12 miesięcy**

do dyspozycji niezbędne zasoby ………………………………………………………………….……..

*(zakres udostępnianych zasobów)*

Sposób wykorzystania w/w zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia:

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

Charakter stosunku prawnego, jaki będzie łączył nas z Wykonawcą:

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

Dokument musi być podpisywany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym