**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**17 WOJSKOWY ODDZIAŁ GOSPODARCZY**

**ul. 4 Marca 3**

**75-901 Koszalin**

**ZOBOWIĄZANIE**

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

Ja (/My) niżej podpisany(ni) ………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko składającego  oświadczenie)*

będąc upoważnionym(i) do reprezentowania:

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

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

**o ś w i a d c z a m (y),** że wyżej wymieniony podmiot, stosownie do art. 118 ust. 1 ustawy   z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1320), odda Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

do dyspozycji niezbędne zasoby¹:

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

*(zakres udostępnianych zasobów – np. wiedza i doświadczenie, potencjał techniczny, osoby)*

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia pn. **„** **Usługę zabezpieczenia medycznego lotniska w Darłowie w formie całodobowych dyżurów/służb Dyżurnego Zabezpieczenia Medycznego Lotniska  (DZML)  na  rok  2025”-** - numer   postępowania  40/WOG/U/Med./24, przez  cały  okres  realizacji  zamówienia i w celu jego należytego wykonania.

**Zakres zobowiązania:**

1. Sposób i okres udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania ww. zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia²:

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

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

W przypadku, gdy podmiot udostępniający będzie udostępniał zasoby w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących **wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia**, zobowiązany jest podać w jakim zakresie zrealizuje usługę zabezpieczenia medycznego, których zdolności dotyczą.

*………………………………………………………………………………………..…………*

*…………………………………………………………………………………………………*

Ponadto oświadczam(y), iż solidarnie z Wykonawcą ponosimy odpowiedzialność za szkodę powstałą u Zamawiającego z powodu nieudostępnienia zasobów, do których zobowiązaliśmy się w niniejszym dokumencie.

***Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***

*¹* Zakres udostępnianych zasobów niezbędnych do potwierdzenia spełniania warunku:

* zdolności technicznej lub zawodowej,

² np. podwykonawstwo, konsultacje, doradztwo. W sytuacji, gdy przedmiotem udzielenia są zasoby nierozerwalnie związane podmiotem ich udzielającym, niemożliwe do samodzielnego obrotu i dalszego udzielenia ich bez zaangażowania tego podmiotu w wykonanie zamówienia, taki dokument powinien zawierać wyraźne nawiązanie do uczestnictwa tego podmiotu w wykonaniu zamówienia.