**Załącznik nr 9 do SIWZ**

**Dane podmiotu oddającego zasoby:**

………………………………..……..

………………………………..……..

………………………………..……..

………………………………..……..

………………………………..……..

(nazwa firmy, adres, NIP/KRS)

**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. 22a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (tj. Dz.U.2019 r. poz.1843 ze zm.), odda Wykonawcy:

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

*(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)*

na okres realizacji zamówienia pn.: **„Dostawa wyrobów medycznych jednorazowego do SPZZOZ w Wyszkowie”**, nr postępowania DEZ/Z/341/ZP – 33/2020

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:

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

.......................... dnia .....................

…..…………………………………………………………………………

Imię i nazwisko oraz podpis(y) osoby(osób) wskazanych w dokumencie uprawniającym

do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo