Załącznik nr 7 do SWZ

**ZOBOWIĄZANIE**

**do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów**

**na potrzeby realizacji zamówienia**

**W imieniu** …………………………………………………………………………………………

 *(wpisać nazwę i adres podmiotu)*

zobowiązuję się do oddania swoich zasobów przy wykonywaniu zamówienia pn.:

**Świadczenie usługi zorganizowania i zapewnienia wsparcia Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej współfinansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby
z niepełnosprawnościami”- edycja 2020-2021**

do dyspozycji Wykonawcy

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

*(nazwa i adres Wykonawcy, któremu udostępniane są zasoby)*

Oświadczam, iż:

a) udostępniam Wykonawcy nasze zasoby w zakresie:

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

*określenie zasobu – sytuacja finansowa lub ekonomiczna, zdolność techniczna i zawodowa (wiedza
i doświadczenie), osoby (potencjał kadrowy)*

obejmującym:………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………

 *(należy podać informacje umożliwiające ocenę spełnienia warunków, określonych w ………………… SWZ, przez udostępniane zasoby)*

b) sposób wykorzystania udostępnionych przeze mnie zasobów przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

c) zakres i okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia publicznego będzie następujący:

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

|  |  |
| --- | --- |
| ……………… | …………………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów). Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego. |