**Załącznik nr 4**

do Zapytania ofertowego

nr **ZRC.5128.1.70.2024.JF**

/pieczęć firmowa Podmiotu Trzeciego/

**OŚWIADCZENIE**

**Podmiotu Trzeciego o oddaniu do dyspozycji Wykonawcy na czas realizacji zamówienia niezbędnych zasobów**

Oświadczam, że oddaję do dyspozycji na czas realizacji usługi szkoleniowej w zakresie **„Rejestratorka medyczna”** dla 1osobybezrobotnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy w Będzinie

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

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

(dane Wykonawcy)

niezbędne zasoby:…………………………………………………………………………………………..…….

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

(zakres udostępnianych zasobów np. udostępnienie lokalu, wiedzy, doświadczenia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2024 roku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis lub podpis i imienna pieczęć

Podmiotu Trzeciego