***Załącznik nr 10 do SWZ - Zobowiązanie innego podmiotu
do udostępnienia niezbędnych zasobów Wykonawcy***

**Zobowiązanie innego podmiotu do udostępnienia niezbędnych zasobów Wykonawcy**

Oddając do dyspozycji Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia, niezbędne zasoby na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia pn.:**Termomodernizacja budynków Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o. o. w Grójcu**

oświadczam w imieniu:

*(nazwa Podmiotu na zasobach, których Wykonawca polega)*

iż oddaje do dyspozycji Wykonawcy:

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

niezbędne zasoby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(należy wskazać zakres zasobów, które zostają udostępnione Wykonawcy np. wiedza i doświadczenie, potencjał kadrowy, potencjał ekonomiczno-finansowy)*

na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia pn. jw., prowadzonego przez **Powiat Grójecki, ul. Piłsudskiego 59, 05-600 Grójec**

a) udostępniam Wykonawcy ww. zasoby, w następującym zakresie:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

b) sposób wykorzystania przez Wykonawcę przy wykonywaniu zamówienia udostępnionych przeze mnie zasobów, będzie następujący:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

c) zakres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

d) okres mojego udziału przy wykonywaniu zamówienia będzie następujący:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

e) dotyczy wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia/w związku z udostępnieniem powyższego potencjału/zdolności zrealizuję następujące roboty budowlane/usługi, których wskazane zdolności dotyczą:

………………., ………..roku ………………………………..

 *(podpis Podmiotu na zasobach którego Wykonawca polega/Pełnomocnika)*