**ZAŁĄCZNIK NR 9 DO SWZ – ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU DO UDOSTEPNIENIA ZASOBÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wykonawca***  …………………………………………………  ……………………………………………….  *Nazwa i adres* |  | ***Zamawiający***  **PGE Dystrybucja S.A.**  w imieniu i na rzecz której działa:  **PGE Dystrybucja S.A. Oddział**  Lublin  **ul. Garbarska 21**  **20-340 Lublin** |

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU DO UDOSTĘPNENIA ZASOBÓW**

Dotyczy postępowania zakupowego nr **POST/DYS/OL/GZ/04495/2025** prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego pn. **„Roboty Budowlane na stacji GPZ: rozbiórka istniejących i wykonanie trzech nowych mis olejowych – GPZ Hołowczyce”.**

**Działając w imieniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa podmiotu oddającego do dyspozycji niezbędne zasoby | Adres podmiotu | NIP/REGON |
|  |  |  |

**Oświadczamy**, że zobowiązujemy się do oddania Wykonawcy ………………………………….……... (*nazwa Wykonawcy*) do dyspozycji niezbędne zasoby na potrzeby realizacji przedmiotowego Zakupu w zakresie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Warunek na spełnienie którego Podmiot udostępnia zasoby | Rodzaj zasobu *(jeśli dotyczy)* | Zakres udostępnianych zasobów | Sposób udostępnienia Wykonawcy i wykorzystania przez niego zasobów przy wykonywaniu Zakupu | Czy zasoby są udostępniane na cały okres realizacji Zakupu/Umowy (TAK/NIE[[1]](#footnote-1))  Okres udostępnienia zasobów | Udział oraz zakres Podmiotu udostępniającego zasoby w realizacji Usług *(jeśli dotyczy)* |
| Sytuacja ekonomiczna lub finansowa | *Polisa OC* |  |  |  |  |
| Zdolność techniczna lub zawodowa | *Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe* |  |  |  |  |
| *Doświadczenie* |  |  |  |  |

Ponadto **OŚWIADCZAMY**, że upoważniamy również rzeczonego Wykonawcę do poświadczania za zgodność z oryginałem dokumentów wystawionych na rzecz naszego Podmiotu, przedkładanych w ramach przedmiotowego Postępowania w celu wykazania braku istnienia wobec nas podstaw wykluczenia oraz spełniania przez ww. Wykonawcę warunków udziału w niniejszym Postępowaniu zakupowym (w tym do udzielania dalszych pełnomocnictw w ww. zakresie)[[2]](#footnote-2).

*Uwaga: Prosimy nie modyfikować pól tabeli oznaczonych kolorem szarym. Podmiot trzeci uzupełnia jedynie te pola (wiersze tabeli), w odniesieniu do których udostępnia zasoby. Pozostałe wiersze należy przekreślić, pozostawić puste lub usunąć.*

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

*Data i podpis osoby/osób umocowanej(ych) do złożenia podpisu* ***w imieniu Podmiotu udostępniającego zasoby***

1. Jeśli NIE - prosimy wskazać okres/etap realizacji zamówienia/umowy w sprawie zamówienia na jaki będą udostępnione zasoby [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)