

Bieter	Vergabe-Nr. 2026-0-007
--------	---------------------------

Vergabeverfahren

Arbeitsmedizinische Betreuung für die Kreisverwaltung Coesfeld

Nachweis Unterauftragnehmer

Ich/Wir erkläre/n, dass mir/uns die erforderlichen Mittel durch die folgenden Unterauftragnehmer zur Verfügung gestellt werden.

Die Unterauftragnehmer haben mir/uns gegenüber erklärt, dass keine Ausschlussgründe¹ vorliegen.

Angabe der übernommenen Auftragsteile/des Leistungsbereiches	Unterauftragnehmer (Name, Vorname oder Unternehmens- bezeichnung sowie Kontaktdaten)

¹ Diese ergeben sich aus den in den Vergabeunterlagen enthaltenen Eigenerklärungen.