

Bezeichnung der Leistung:

Arbeitsmedizinische Betreuung**Erklärung der Bieter-/Arbeitsgemeinschaft**

(vom Bieter ggf. auszufüllen)

☐ Es wurde/wird keine Bietergemeinschaft/Arbeitsgemeinschaft gebildet.

Wir, die nachstehend aufgeführten Firmen einer Bietergemeinschaft,

Mitglied

Mitglied

Mitglied

Mitglied

beschließen, im Falle der Auftragserteilung eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden.

Bevollmächtigter Vertreter:

Wir erklären, dass

- der bevollmächtigte Vertreter die Mitglieder gegenüber dem Auftraggeber rechtsverbindlich vertritt,
- alle Mitglieder als Gesamtschuldner haften.

.....
(Ort)

(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift).....
(Ort)

(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift).....
(Ort)

(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift).....
(Ort)

(Datum)

.....
(Stempel und Unterschrift)