

Bezeichnung der Leistung

Maßnahmennummer	Betriebsärztliche Betreuung des Landkreises Stendal 2026
Vergabenummer 10.01/02/2025	Leistung Betriebsarzt für Grundbetreuung und betriebsspezifische Betreuung

Erklärung der Bieter- /Arbeitsgemeinschaft

Wir, die nachstehend aufgeführten Unternehmen einer Bietergemeinschaft,

Bevollmächtigter Vertreter

Mitglied _____

USt-ID: _____

Weitere Mitglieder

Mitglied _____

USt-ID: _____

Mitglied _____

USt-ID: _____

Mitglied _____

USt-ID: _____

beschließen, im Falle der Auftragserteilung eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden und erklären, dass der bevollmächtigte Vertreter die Mitglieder gegenüber dem Auftraggeber rechtsverbindlich vertritt und alle Mitglieder als Gesamtschuldner haften.

_____ Ort	_____ Datum	_____ Name der/des Erklärenden in Textform (Name der natürlichen Person, die die Erklärung abgibt, in Druckbuchstaben)
--------------	----------------	--

_____ Ort	_____ Datum	_____ Name der/des Erklärenden in Textform (Name der natürlichen Person, die die Erklärung abgibt, in Druckbuchstaben)
--------------	----------------	--

_____ Ort	_____ Datum	_____ Name der/des Erklärenden in Textform (Name der natürlichen Person, die die Erklärung abgibt, in Druckbuchstaben)
--------------	----------------	--

_____ Ort	_____ Datum	_____ Name der/des Erklärenden in Textform (Name der natürlichen Person, die die Erklärung abgibt, in Druckbuchstaben)
--------------	----------------	--