

Bewerber / Bieter	Vergabenummer	Datum
	25-113459	
Maßnahme <b>Pharmtox, Erweiterung für ZMedABC</b>		
Leistung <b>Fachplanung HKLS Elektro MSR Lph 5 bis 9</b>		

**Ergänzung des Teilnahmeantrages / Angebotsschreibens**

**1. Verzeichnis der Leistungen von Unterauftragnehmern bzw. anderer Unternehmen im Hinblick auf die technische oder berufliche Leistungsfähigkeit**

Zur Ausführung der im Teilnahmeantrag/Angebot enthaltenen Leistungen benenne(n) ich/wir Art und Umfang der Teilleistungen, für die ich mich/wir uns der Kapazitäten anderer Unternehmen bedienen werde(n).

\*) Sofern der Bieter für die von einem Unterauftragnehmer zu erbringende Teilleistung nicht geeignet ist, liegt ein Fall der Eignungsleihe hinsichtlich der technischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit vor. Bei Eignungsleihe ist zusätzlich das Formblatt III.8 Nr. 1 auszufüllen!

ggf. OZ / Leistungsbereich	Beschreibung der Teilleistungen	Name des Unternehmens	Eignungsleihe* (Ja/Nein)
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**2. Verzeichnis der Unternehmen bei Eignungsleihe im Hinblick auf die wirtschaftliche und finanzielle Leistungsfähigkeit (Zusätzlich bitte Formblatt III.8 Nr. 1 und 2 ausfüllen!)**

Bei der Ausführung des Auftrags beabsichtige(n) ich mich/wir uns im Rahmen der wirtschaftlichen und finanziellen Leistungsfähigkeit der Kapazitäten anderer Unternehmen zu bedienen. Hierzu benenne(n) ich/wir nachfolgend die Namen, den gesetzlichen Vertreter und die Kontaktdaten der hierzu vorgesehenen Unternehmen.

Name, gesetzlicher Vertreter, Kontaktdaten des Unternehmens	Angabe zu der von diesem Unternehmen überlassenen Eignung