

Information nach § 20 Absatz 3 VOB/A bzw. § 30 Absatz 1 UVgO über die Erteilung eines Auftrages

Vergabenummer	L 5/2020
---------------	----------

a Öffentlicher Auftraggeber (Vergabestelle)

Name Stadt Helmstedt

Straße Markt 1

PLZ, Ort 38350 Helmstedt

Telefon 05351/17-0 Fax 05351/17-7001

E-Mail rathaus@stadt-helmstedt.de Internet _____

b Vergabeverfahren **Beschränkte Ausschreibung****c** Auftragsgegenstand**Arbeitsmedizinische Betreuung der Mitarbeiter*innen der Stadt Helmstedt****d** Ort der Ausführung

Helmstedt, Rathaus, Markt 1, 38350 Helmstedt

e beauftragtes Unternehmen

Name AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH

Straße Am Grauen Stein 33

PLZ, Ort 51105 Köln

f Zeitraum der Leistungserbringung Vertrag ab 01.06.2021 mit jährlicher Kündigungsfrist