

Bekanntmachung

Zur Angebotsabgabe / Teilnahme auffordernde Stelle

Bezeichnung	Stadt Bad Fallingbostal
Zu Händen	Frau Wiechers
Postanschrift	Vogteistr. 1
Ort	29683 Bad Fallingbostal
Telefon	+49 516240118
E-Mail	christiane.wiechers@badfallingbostal.de
URL	www.badfallingbostal.de

Zuschlag erteilende Stelle

die zur Angebotsabgabe / Teilnahme auffordernde Stelle

Angebote oder Teilnahmeanträge sind einzureichen

Elektronisch über diese Vergabeplattform: <https://www.dtv.de/Satellite/notice/CXP4YA0MQF2>

Postalische Angebote oder Teilnahmeanträge sind nicht zugelassen

Bereitstellung der Vergabeunterlagen

Elektronisch über diese Vergabeplattform: <https://www.dtv.de/Satellite/notice/CXP4YA0MQF2/documents>

Art und Umfang der Leistung

Betriebliche Krankenversicherung für die Mitarbeitenden der Stadt Bad Fallingbostal

Haupterfüllungsort

Bezeichnung	Stadt Bad Fallingbostal
Postanschrift	Vogteistr. 1
Ort	29683 Bad Fallingbostal

Ausführungsfristen

Bestimmungen über die Ausführungsfrist

[siehe Leistungsbeschreibung](#)

Zuschlagskriterien

[Siehe Vergabeunterlagen](#)

Nebenangebote

Nebenangebote werden nicht zugelassen.

Angaben zu den Losen

Aufteilung des Auftrags in Lose: **Nein**

Befähigung und Erlaubnis zur Berufsausübung

[siehe Leistungsbeschreibung](#)

Wirtschaftliche und finanzielle Leistungsfähigkeit

[siehe Leistungsbeschreibung](#)

202607-bKV: Betriebliche Krankenversicherung für die Mitarbeitenden der Stadt Bad Fallingbostal

VO: UVgO

Vergabeart: Öffentliche Ausschreibung

Technische und berufliche Leistungsfähigkeit

[siehe Leistungsbeschreibung](#)

Schlusstermin für den Eingang der Angebote
Bindefrist des Angebots

01.09.2026 um 23:59 Uhr
02.10.2026

Zusätzliche Angaben

Bekanntmachungs-ID: CXP4YA0MQF2