様式第１号

一般競争入札参加資格確認申請書

　　令和　　年　　月　　日

（宛先）地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　　　理事長　岩中　督

住所

商号又は名称

代表者

下記調達案件について、必要な資料等を添えて入札参加資格の確認を申請します。

なお、地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程第３条第２項各号に該当しない者であること、当調達案件に係る入札公告に掲げられた資格条件を全て満たしていること、及び提出書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

記

１　公告年月日

令和３年４月５日

２　調達案件名称

　　令和３年度自動免疫測定装置用検査試薬（単価契約）

３　連絡先

⑴　担当者所属・氏名

⑵　電話番号

⑶　メールアドレス

４　入札保証金の免除希望（次の⑴～⑷のうち該当するものに○をつけること。）

⑴　入札保証保険契約により免除希望（入札保証金についての１(７)アに該当）

⑵　契約保証の予約により免除希望（入札保証金についての１(７)イに該当）

⑶　同種同規模の契約履行により免除希望（入札保証金についての１(７)ウに該当）

⑷　過去の契約履行により免除希望（入札保証金についての１(７)エに該当）

５　埼玉県立病院の履行実績について（上記４⑶、⑷該当者のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約日 | 契約先 | 契約案件名 |
|  |  |  |
|  |  |  |

　※上記４⑶該当の場合は２件、⑷該当の場合は１件の契約履行実績を記入すること。

様式第２号

|  |
| --- |
| （宛先）県立病院機構本部　医事・契約・訟務担当 　野口電話 048-830-5985（直通）ＦＡＸ 048-830-4905e-mail a5970-06@saitama-pho.jp（代表）※提出期限：令和３年４月８日午後５時（ファクシミリ又は電子メールによる） |

質問書

令和　年　　月　　日

商号又は名称　：

担当者所属氏名：

連絡先電話番号：

連絡先 E-mail ：

次の通り質問を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 調達案件名称 | 自動免疫測定装置用検査試薬 |
| 履行場所（又は納入場所） | 埼玉県立循環器・呼吸器病センター、埼玉県立がんセンター及び埼玉県立小児医療センター |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 書類名、該当頁、 | 見出番号等 質問事項 |
| 質問１ | （例）仕様書　１頁　２(3) | ＊質問の意図が明確に分かるよう、具体的な事例などを踏まえて質問事項を記載してください。 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※質問事項には、質問者が特定できる企業名や個人名等を記入しないでください。

※質問の内容によっては、資料等を添付してください。

※この様式により難い場合は、この様式に準じて別途作成してください。

様式第３号

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

（宛先）地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　　 理事長　岩中　督

住　　所

（法人の場合、所在地）

氏　　名

（法人の場合、名称又は商号及び代表者の職・氏名）

 私は、　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

　令和３年４月２２日に開札される自動免疫測定装置用検査試薬（単価契約）の一般競争入札及び見積に関する一切の件。

様式第４号

入札辞退届

令和　　年　　月　　日

（宛先）地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　　 理事長　岩中　督

　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

下記案件について、都合により入札への参加を辞退します。

記

　１　調達案件名称

　自動免疫測定装置用検査試薬（単価契約）

　２　公告年月日

　　　令和３年４月５日

【連絡先】　会社名

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

e-mail