様式第３号

入札書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

　　柳　澤　　勉　あて

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　上記代理人

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程に従い、仕様書等を熟知したので、下記のとおり入札します。

記

件　名 ：

工事（業務・納品）場所 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

　　　　　　　　　　　　　　　消費税及び地方消費税を含まず。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

くじ入力番号

（注意事項）

１　金額は算用数字で記入し、頭部に￥を付記すること。

２　代理人による入札の場合の印は、代理人印のみでよいこと。

３　落札決定に当たっては、入札書に記載された金額に、当該金額の１００分の１０に相当する額を加算した額（当該金額に１円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てた金額）をもって落札価格とするので、消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった契約希望金額の１１０分の１００に相当する金額を記載すること。

４　くじ入力番号欄には任意の３桁の数字（０００～９９９）を記載すること。

様式第４号

入札（見積）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

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

　　柳　澤　　勉　あて

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　上記代理人

　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名

　　私は、　　　　　　　　印　を代理人と定め、下記案件に関する入札（見積）の一切の権限を委任します。

記

件　名 ：

工事（業務・納品）場所 ：

（注意事項）

　１　委任者の印は、法人にあってはその権限を有する者の印とする。

　２　受任者の印は認印でも差し支えない。

様式第５号

入札（契約）保証金還付請求書

（あて先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

病院長　栁　澤　　勉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  |  |
| 商号又は名称 |  |  |
| 代表者名 |  | 印 |

　金額の頭部に￥マークを記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

　上記、（購入等件名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　に係る入札（契約）保証金の還付を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |

様式第６号

**入札辞退届**

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　埼玉県立循環器・呼吸器病センター

　病院長　栁　澤　　勉

　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　代表者名

　次の調達について入札参加の意思を表明しましたが、都合により入札を辞退します。

１　購入等件名及び予定数量

術中神経モニタリングシステム　一式

２　公告年月日

令和３年４月６日

【連絡先】　（担当者所属）　　　　　　　　　　（担当者氏名）

（電話番号）　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）

（メールアドレス）

様式第７号

立　会　希　望　届

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　埼玉県立循環器・呼吸器病センター

　病院長　栁　澤　　勉

　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　代表者名

　次の調達について開札の立会いを希望します。

１　購入等件名及び予定数量

術中神経モニタリングシステム

２　開札年月日

令和３年４月２１日  
  
３　立会者氏名

【連絡先】　（担当者所属）　　　　　　　　　　（担当者氏名）

（電話番号）　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）

（メールアドレス）