様式第２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

　埼玉県立小児医療センター病院長

（法人の場合は、法人所在地、名称又は商号及び代表者の職・氏名）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記調達案件について、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、及び下記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６月１６日（水）

２　調達件名

　　シリンジポンプの購入

３　競争入札参加資格要件　　　　　　　　　　　（該当するものすべてに○を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)契約事務取扱規程 | 契約事務取扱規程第３条第２項各号に該当しない。 |  |
| (2)業種・格付 | 令和３・４年度埼玉県物品等競争入札参加資格者名簿に登載され、業種区分「物品の販売」のＡ、Ｂ又はＣ等級に格付けされた者であること。 |  |
| (3)入札参加停止措置 | 入札公告から落札決定の間で当該措置に該当しない。 |  |
| (4)暴力団排除措置 | 当該要件に該当しない。 |  |
| (5)業務履行実績 | 過去５年度以内に１年以上の業務履行実績を有する。 |  |

４　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |