様式第８号（物品又は役務の調達）

一般競争入札参加資格確認申請書

　　　　年　　月　　日

埼玉県立精神医療センター

病院長　長尾眞理子　様

住所

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　印

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項及び第３項の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

　　　　年　　月　　日

２　調達件名

　　精神医療センター医療廃棄物処理業務

３　数量

　　一式

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

様式第14号

辞退届

令和　年　　月　　日

埼玉県立精神医療センター

病院長　長尾眞理子　様

 商号又は名称

 印

　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　件　名　　　精神医療センター医療廃棄物処理業務

２　公示日　　　令和　　年　　月　　日

【連絡先】　担当者所属

担当者名

電話番号

ＦＡＸ番号

e-mail

標準書式

（あて先）

埼玉県立病院機構埼玉県立精神医療センター　事務局管財担当

電話　　０４８－７２３－６８０５（直通）

ＦＡＸ　０４８－７２３－１５５０

e-mail　n231111b@saitama-pho.jp

※提出期限：令和３年８月２５日（水）午後４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。（資料の添付　有・無）

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 精神医療センター医療廃棄物処理業務 |
| 履行場所（又は納入場所） | 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室８１８番地２埼玉県立精神医療センター |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。

標準様式

入札（見積）書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

埼玉県立精神医療センター

病院長　長尾眞理子　様

　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　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、業務委託契約書、設計書・仕様書等を熟知したので、下記のとおり入札（見積り）します。

記

件　名 ：精神医療センター医療廃棄物処理業務

工事（業務・納品）場所 ：埼玉県立精神医療センター

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　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。

３　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。