

(様式第1号)

埼玉県立病院未収金回収業務プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構
理事長 岩中 督

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

印

「埼玉県立病院未収金回収業務プロポーザル」に参加の意思を表明します。
なお、参加資格を満たしていることを誓約します。

(担当者)

所属

職・氏名

所在地

電話

F A X

E-mail

(様式第2号)

提案者概要

令和 年 月 日現在

所在地	本社等					
	本業務を受託する支社等					
創設年・開設年						
資本金		百万円				
売上	事業全体	百万円				
	うち支払案内業務分	百万円				
株主構成						
常勤従業員数	正社員	派遣社員	パート	アルバイト	その他	合計
	人	人	人	人	人	人
有資格者の状況		本業務に関連する資格の名称及び人数を記入				
その他特記事項						

※ 「売上」については、決算の確定した直近の事業年度分を記入すること。

(様式第3号)

質 問 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構
理事長 岩中 督

所 在 地
商号又は名称
代表者職氏名

項 目	質 問 内 容

◎箇条書きで簡潔に記載してください。

(担当者)	
所 属	職・氏名
所在地	
電 話	F A X
E-mail	

(様式第4号)

企 画 提 案 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構
理事長 岩中 督

所 在 地
商号又は名称
代表者職氏名

⑩

埼玉県立病院未収金回収業務プロポーザルに係る企画提案書を提出します。
なお、添付書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

(担当者)

所 属

職・氏名

所在地

電 話

F A X

E-mail

(様式第5号)

成 功 報 酬 見 積 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人埼玉県立病院機構
理事長 岩中 督

所 在 地
商号又は名称
代表者職氏名

Ⓜ

埼玉県立病院未収金回収業務

次のとおり、見積ります。

見積額：委託する回収対象債権に対する成功報酬の割合

回収した債権額の . %

注 消費税及び地方消費税を含み、消費税及び地方消費税抜きの率は整数としてください。

(担当者)

所 属

職・氏名

所在地

電 話

F A X

E-mail