

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

住 所
商号又は名称
代表者職・氏名

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5年2月17日
- 2 調達する役務の件名
地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険 一式
- 3 添付書類等
格付けについての証明書類
- 4 連絡先
 - (1) 担当者所属・氏名
 - (2) 電話番号
 - (3) メールアドレス

様式第2号

(宛先) 埼玉県立病院機構本部 総務・研修担当 石田 電 話 048-830-5970 (直通) e-mail a5970@saitama-pho.jp ※提出期限：令和5年2月24日(金)午後4時(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	地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険一式
-----	-------------------------------------

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。

※この様式により難しい場合は、この様式に準じて別途作成してください。

様式第3号

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理事長

住 所
商号又は名称

代表者職・氏名 印

上記代理人

氏 名 印

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、地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険一式の仕様書等を熟知したので下記のとおり入札します。

記

公 告 日：令和5年2月17日

件 名：地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険 一式

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)

- 金額は算用数字で記入し、**頭部に¥を付記すること。**
- 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。
- 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。
- 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

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

住 所
商号又は名称

代表者職・氏名 印

上記代理人

氏 名 印

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

記

公 告 日：令和5年2月17日

件 名：地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険
一式

(注意事項)

- 1 委任者の印は、法人にあつ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

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

所在地
商号又は名称
代表者職・氏名

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 地方独立行政法人埼玉県立病院機構の施設等の財産保険及び役員傷害保険 一式
- 2 公告日 令和5年2月17日

【連絡先】 担当者所属 _____
担当者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
e-mail _____