（様式４）

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

　埼玉県立精神医療センター病院長

　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　法人の場合代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　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、契約書案、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　　　職員被服の購入

納品場所　埼玉県立精神医療センター（埼玉県北足立郡伊奈町大字小室８１８番地２）

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

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

くじ番号

　（注意事項）

　１　金額は算用数字で記入し、頭部に「￥」を付記してください。

　２　代理人による入札の場合の印は、代理人印のみとしてください。

　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してください。

　４　くじ番号欄には任意の３桁の数字（０００～９９９）を記載してください。