

一般競争入札参加資格確認申請書

年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

住 所

商号又は名称

代 表 者

印

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 5 年 1 0 月 2 0 日

2 調達件名

体外循環用システム一式の調達

3 業種区分等（該当する区分に○を付すること。）

- (1) 業 種： 販売 ・ 印刷
- (2) 所在地区分： 管轄内 ・ 準管轄内 ・ 管轄外
- (3) 企 業 規 模： 大企業 ・ 中小企業
- (4) 格 付 け： A 等級 ・ B 等級 ・ C 等級

（注：所在地区分が管轄内とは、県内に本店を有する者をいい、準管轄内企業とは県外に本店を有し、県内に契約の主体となる支店営業所等を有する者をいう。）

4 入札保証金の免除希望項目（いずれかの番号に○を付けること。）

- (1) 免除申請 別紙 1「入札保証金・契約保証金について」の I 5 ア(入札保証保険契約)
- (2) 免除申請 別紙 1「入札保証金・契約保証金について」の I 5 イ(契約保証の予約)
- (3) 免除申請 別紙 1「入札保証金・契約保証金について」の I 5 ウ(契約履行実績) 2 件
- (4) 免除申請 別紙 1「入札保証金・契約保証金について」の I 5 エ
- (5) 免除希望なし

5 連絡先

- (1) 担当者所属・氏名
- (2) 電話番号
- (3) メールアドレス