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

埼玉県立精神医療センター病院長

　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　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、契約書案、設計書・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：中央材料室器具等院外滅菌業務委託

履　行　場　所：埼玉県立精神医療センター内の指定場所（北足立郡伊奈町小室818-2）

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

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すること。

４　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

入札委任状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立精神医療センター病院長

　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　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

件名：中央材料室器具等院外滅菌業務委託

履　行　場　所：埼玉県立精神医療センター内の指定場所（北足立郡伊奈町小室818-2）

（注意事項）

　１　委任者の印は、法人にあっ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。