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　岩中　督

住所又は所在地

商号又は名称

（押印不要）

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項及び第３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７年６月９日

２　購入等件名

手術用顕微鏡の購入

３　連絡先

⑴　担当者所属・氏名

⑵　電話番号

⑶　メールアドレス

４　入札保証金免除の申出（次の⑴～⑸のうち該当するものに○をつけること。）

1. 入札保証保険契約により免除希望（「入札保証金について」の（７）アに該当）
2. 契約保証の予約により免除希望（「入札保証金について」の（７）イに該当）
3. 同種同規模の契約履行実績により免除希望（「入札保証金について」の（７）ウに該当）
4. 過去の契約履行実績等の考慮により免除希望（「入札保証金について」の（７）エに該当）
5. 入札保証金の免除を希望しない

５　契約の履行実績について（上記４⑶又は⑷該当者のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 契約日 | 契約先 | 契約案件名 |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　上記４⑶該当の場合は２件、⑷該当の場合は１件の契約履行実績を記入すること。

６　添付書類

* 薬機法第39条の規定に基づく高度管理医療機器等の販売業の許可を受けている者であることを証明する書類
* 入札保証金免除のための添付書類（入札保証金の免除を希望する場合。別紙１「入札保証金について」参照）