様式１

入　札　に　関　す　る　質　疑　書

　　　　　　年　　　月　　　日

入札件名：血液浄化装置ACH-Σの物品調達に係る一般競争入札

商号または名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 文書等名称 | 質疑事項 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

様式２

申請担当者連絡先

 年 月 日

入札件名：血液浄化装置ACH-Σの物品調達に係る一般競争入札

申請担当者の連絡先

(ふりがな)

住所 ： 〒　　　　－

(ふりがな)

氏名 ：

会社名 ：

部署名 ：

電話番号 ：

FAX番号 ：

メールアドレス：

**この用紙に記載されている連絡先に審査結果の通知等を行います。**

様式3

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 入札参加資格審査申請書兼誓約書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　地方独立行政法人堺市立病院機構理事長　　門田　守人　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年１月６日付けで公告のありました、血液浄化装置ACH-Σの物品調達に係る一般競争入札に参加する資格について審査されたく、下記の書類を添えて申請します。なお、公告記３のすべてに該当すること並びに以下の添付・提示書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。１　　入札説明書記６(２)のイに定める登記事項証明書若しくは登記簿謄本の原本又は写し２　　入札説明書記６(２)のウに定める印鑑証明書若しくは印鑑登録証明書の原本３　　入札説明書記６(２)のエに定める納税証明書（法人税又は所得税及び消費税並びに地方消費税に未納がないことの証明ができるもの）の原本又は写し４　　入札説明書記６(２)のオに定める使用印鑑届兼委任状（「本店以外」が入札に参加するとき）５　　入札説明書記６(２)のカに定める８４円分の切手を貼付した返信用封筒 |

様式４

使用印鑑届兼委任状

使用印

私は、上記の印鑑を下記の事項に関して使用する印鑑として届け出るとともに、

次の者を代理人と定め、その事項に関する権限を委任します。

記

１　見積・入札に関すること。

２　契約締結に関すること。

３　契約代金の請求及び受領に関すること。

４　入札保証金及び契約保証金の納付、還付請求並びに受領に関すること。

５　復代理人選任及び解任に関すること。

６　その他契約締結に関する一切のこと。

令和　　年　　月　　日

堺市立病院機構　理事長　様

実印

委任者　　 所在地

商号又は名称

代表者職氏名

使用印

受任者　　 所在地

商号又は名称

代表者職氏名

様式５

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 入札参加資格確認申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　地方独立行政法人堺市立病院機構理事長　　門田　守人　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在　 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３年１月６日付けで公告のありました、血液浄化装置ACH-Σの物品調達に係る一般競争入札に参加したく、入札参加資格の確認を、下記の書類を添えて申請します。１　　入札説明書記７(２)のイに定める８４円分の切手を貼付した返信用封筒 |

様式６

**委　任　状**

　　年　　月　　日

地方独立行政法人　堺市立病院機構

理事長　　門田　守人　殿

私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

１　令和３年１月６日付けで公告のありました血液浄化装置ACH-Σの物品調達に係る一般競争入札の開札への立ち会いに関する権限

　　　　　　　　所在地（住所）

委任者　　名称又は商号

　　　　　　　　代表者　職

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　受任者　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人 堺市立病院機構

理事長　　門田　守人 殿

所在地（住所）

入　札　者　　名称又は商号

代表者職

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

入　　　　札　　　　書

地方独立行政法人堺市立病院機構契約規程、入札公告、入札説明書、仕様書及びその他契約条件を承諾のうえ、次のとおり、入札します。

１．入札金額（仕様書に基づく総合計金額）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

※上記入札金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額である。

件　 　名　　血液浄化装置ACH-Σ