様式1

入札参加申請書

年　　月　　日

地方独立行政法人堺市立病院機構　理事長　殿

「物品調達管理業務及び修理受付センター業務」の一般競争入札に参加したく、以下のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 件名 | 物品調達管理業務及び修理受付センター業務 |
| 契約名義人 | （所在地）（名称）（代表者又は代理人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当者 | （所属）（氏名）（電話番号）（ＦＡＸ番号）（電子メールアドレス） |
| 現地確認 | □希望する□希望しない |
| 第１希望日　　　月　　　日　午前・午後 |
| 第２希望日　　　月　　　日　午前・午後 |

様式２

入　札　に　関　す　る　質　疑　書

　　　　　　年　　　月　　　日

入札件名：物品調達管理業務及び修理受付センター業務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３

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人 堺市立病院機構

理事長　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相当額を含まない金額である。

件　 　名　　物品調達管理業務及び修理受付センター業務

様式４

令和　　年　　月　　日

技 術 提 案 書（表紙）

地方独立行政堺市立病院機構

理事長 殿

住　所

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

別紙３「技術提案書作成要領」に基づき、「物品調達管理業務及び修理受付センター業務」に係る技術提案書を提出します。

（担当者連絡先）

　所属：

 　役職名：

 　氏名：

 　電話番号：

 　ＦＡＸ番号：

　メールアドレス：

様式５

令和　　年　　月　　日

業務実績（１）　事業者の実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

※ ５件以上の実績がある場合は履行完了時期が新しいものから記載すること。

※ 契約書、仕様書等の業務実績、業務内容を証する書面の写しを添付すること。

様式６

令和　　年　　月　　日

業務実績（２）統括責任者の実績

１．対象者氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |

２．業務の運用責任者としての実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ４ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ５ | 医療機関名 | 業務名 |
| 履行期間　　　　　　年　　月～　　年　　月 | 病床数　　　　　　　床 |
| 業務内容 |

※ 複数の案件での従事経験を通算する場合は案件を分けて記載すること。

※ 契約書、仕様書等の業務実績、業務内容を証する書面の写しを添付すること。

様式７

使用印鑑届

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　殿

実印

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

様式８

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　殿

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９

**委　任　状**

　　年　　月　　日

地方独立行政法人　堺市立病院機構

理事長　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６年１１月７日付けで公告のありました物品調達管理業務及び修理受付センター業務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