

様式第 1 号

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

住所
(郵便番号)

商号又は名称

代表者氏名

電話番号
fax 番号
担当者氏名

簡易陰圧装置 の購入事業に係る一般競争入札に参加したいので、別添のとおり入札参加資格確認資料等を添えて申請します。

様式第2号

誓 約 書

簡易陰圧装置 の購入事業に係る一般競争入札に関して、下記のとおり誓約
します。

記

- 1 弊社は、本件入札参加資格確認に係るすべての事項及び提出した資料の内
容について、事実と相違ないことを誓約するとともに落札者となったときは、
貴町の指示により速やかに契約書を取り交わし、契約内容を誠実に履行する
ことを誓約します。
- 2 弊社は、過去国又は地方公共団体との入札・契約において不正な行為や不誠
実な行為は行ったことがないことを誓約します。

令和 年 月 日

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

商号又は名称

代表者氏名

⑩

様式第3号

実績証明書

令和 年 月 日

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

(甲) 証明者 (発注者)

住 所

商号又は名称

印

代表者氏名

印

電話番号

(乙) 被証明者

住 所

商号又は名称

印

代表者氏名

印

電話番号

甲は、乙から下記のとおり、簡易陰圧装置の納入契約を誠実に履行したことを証明します。

記

簡易陰圧装置の納入

業務の名称	
業務場所	
取り扱った数量	
契約日	年 月 日
納品日	年 月 日
契約金額	円

※甲の証明が無い場合は契約書の写しを添付すること。

様式第4号

履行確約書

令和 年 月 日

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

(甲) 証明者

住 所

商号又は名称

㊞

代表者氏名

㊞

電話番号

甲は、簡易陰圧装置の故障時には、天災その他やむを得ない理由が生じたとき
以外は修繕等の依頼を受けてから24時間以内に現地において修繕を開始する
ことを誠実に履行することを確約します。

様式第5号

入 札 書

金額 一金 円也

名称 簡易陰圧装置 一式の購入事業

上記のとおり日南町財務規則（平成18年日南町規則第9号）、その他仕様書等を承知し入札します。

令和 年 月 日

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

住 所

氏 名

Ⓜ

委任状

令和 年 月 日

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

委任者 所在地
商号又は名称
氏 名 ⑩

私は下記の者を代理人と定め、令和 年 月 日から令和 年 月 日
までの間に下記の権限を委任いたします。

記

- 1 入札、又は見積に関する一切の件
- 2 契約の締結、その変更に関する一切の件
- 3 納品、請求に関する一切の件
- 4 復代理人の選任

以上

受任者 住 所
役職氏名

受任者使用印鑑	
---------	--

様式第7号

入札辞退届

件名 簡易陰圧装置 の購入事業

上記について通知を受けましたが、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

所在地
商号又は名称
代表者氏名

印

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 中曾 森政 様

