

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 福家 寿樹 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

画像診断ワークステーション 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

画像診断ワークステーション 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てい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 福家 寿樹 様

商号又は名称

代表者氏名

⑨

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 福家 寿樹 様

(甲) 証明者 (発注者)

住所

商号又は名称

代表者氏名

電話 番号

(乙) 被証明者

住所

商号又は名称

代表者氏名

電話 番 号

乙は、甲から下記のとおり、画像診断ワークステーションの納入契約を誠実に履行したことを証明します。

記

画像診断ワークステーションの納入

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 福家 寿樹 様

(甲) 証明者

住 所

商号又は名称

㊞

代 表 者 氏 名

㊞

電 話 番 号

甲は、画像診断ワークステーションの故障時には、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 画像診断ワークステーション 一式の購入事業

上記のとおり日南町財務規則（平成 1 8 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 福家 寿樹 様

住 所

氏 名

印

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 福家 寿樹 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 画像診断ワークステーション 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

⑨

日南町国民健康保険日南病院
事業管理者 福家 寿樹 様

質 疑 書

令和 年 月 日

件名： 画像診断ワークステーションの購入事業

商号又は名称

質疑者

[illegible]