

※ 受付番号は市立病院で記入

様式 1

受付番号				
------	--	--	--	--

令和 年 月 日

制限付き一般競争入札参加申請書

泉大津市立病院

泉大津市病院事業管理者 様

申請者

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

担当者氏名

連絡先住所

連絡先電話

この度、市立病院発注の下記売却処分に係る制限付き一般競争入札に参加致したく、必要書類を添えて申請いたします。

本申請に係る申請書並びに添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ありません。なお、本申請書の記載事項に虚偽がある場合は、入札参加資格を取り消されても異議ありません。

また、提出書類および市立病院との契約に関する情報について、法令等に基づき公開されても異議ありません。

記

名 称 倒像鏡外医療備品の売却処分
場 所 泉大津市下条町16番1号

受付番号				
------	--	--	--	--

契約実績調書

項目／条件	平成29年4月1日から本告示の日までの間に病床100床以上の医療機関において本件業務と同種の契約実績を2件以上記載してください。
件名	
病院名	
場 所 (都道府県・市町村名)	
契約金額	
契約期間 (年 月～ 年 月)	

項目／条件	平成29年4月1日から本告示の日までの間に病床100床以上の医療機関において本件業務と同種の契約実績を2件以上記載してください。
件名	
病院名	
場 所 (都道府県・市町村名)	
契約金額	
契約期間 (年 月～ 年 月)	

※記載した実績について、これを証するものとして契約書の写し（頭書部分のみで可。開示不都合箇所黒塗り可。）を添付すること。