

入札参加申込書兼誓約書

年 月 日

藤 沢 市 長

申 込 人	住 所	
	フリガナ	
	称号又は 名称及び 職氏名印	⑩
	電話番号	

申込人の氏名(法人の場合は法人名)と入札金額を公開することを承諾します。
 ※申込人の印は、印鑑登録済の印鑑を押印してください。

次の藤沢市民病院入院セット販売等実施事業に係る一般競争入札に参加したいので、募集要項を熟覧のうえ、必要書類を添付し、入札参加を申込みます。

番号	事業名	所在地	貸付面積
1	藤沢市民病院入院セット販売等実施事業	藤沢市藤沢2丁目6番1号	68.1 m ²

また、申込みに当たり、地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4第1項の規定に該当する者ではないことを誓約します。

----- (これより以下、申込みされる方は記載不要です) -----

市税納税 確認欄	<input type="checkbox"/> 申込人についての納期到来分まで完納	担当課確認印
	<input type="checkbox"/> 申込人についての藤沢市に納税すべき税は無し	

質 問 書

年 月 日

藤 沢 市 長

質問者 住 所 _____
称 号 又 _____
は 名 称 _____
職 氏 名 _____

藤沢市民病院入院セット販売等実施事業に係る一般競争入札について次のとおり質問します。

対象	ページ	項目名	質問内容
(例)			
業務内容	P 3	4 (5)	

(事務担当者)

所属・職名
氏 名
電話番号
F A X 番号
メールアドレス

貸借等入札書

年 月 日

藤 沢 市 長

住 所

入札人 商号又は
名 称

職氏名印 印

代理人

氏 名 印 印

※代理人が入札する場合の押印は、
代理人の印のみ押印すること

次の金額で貸借したいので、設計書及び関係書類熟覧のうえ、藤沢市の契約に関する規則を遵守し入札します。なお、入札金額は消費税及び地方消費税に相当する額を除いた金額です。

金 額	十億			百万			千			円

貸借等の名称

藤沢市民病院入院セット販売等実施事業

入院セット販売予定価格書

年 月 日

藤 沢 市 長

住 所

商号又は
名 称

職氏名印 印

	セット名	商品名	金額（税抜き）
1	Aセット	バスタオル フェイスタオル 甚平(上下)・ゆかた・つなぎ ディスポワイド ディスポミニ	円
2	産褥セット	バスタオル フェイスタオル パジャマ（上下） ディスポワイド	円
3	大人おむつ	おむつ ベータル おしりナップ	円
4	新生児おむつ	ベビー肌着 おむつ おしりナップ	円
5	小児おむつ	おむつ おしりナップ	円
6	日用品セット	お泊りセット (歯ブラシ・歯磨き粉・ボディソープ・ リンスインシャンプー) ティッシュ マスク 50 枚入り 口腔ブラシ	円

賃貸借等の名称

藤沢市民病院入院セット販売等実施事業

委 任 状

年 月 日

藤 沢 市 長

住 所

入札人 商号又は
名 称

職氏名印 印

私は、 印 を代理人と定め、次の賃貸借等の入札
(見積) にかかわる一切の権限を委任します。

賃貸借等の名称

藤沢市民病院入院セット販売等実施事業