様式１

入札参加資格確認申請書

平成　　年　　月　　日

地方独立行政法人静岡県立病院機構

理事長　田中　一成　様

住　　　　所

商号又は氏名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の物品調達に係る一般競争入札に参加する資格について確認されたく、資料を添えて申請します。

なお、地方独立行政法人静岡県立病院機構契約事務取扱規程第３条第１項、第３項及び第４項に該当する者でないこと及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

１　公告日

平成28年８月　　日

２　入札番号

総病新第７－１号

３　購入物品名及び数量

　　HybridOR血管造影装置及び手術中用磁気共鳴画像診断装置（保守点検業務（瑕疵担保

期間を除く５年間の保守点検）を含む。）１式

４　納入期限等

1. 機器納入期限　平成29年８月25日
2. 保守点検委託期間　平成31年４月１日から平成36年３月31日まで

５　納入場所

　　静岡県静岡市葵区北安東４丁目27番１号　静岡県立総合病院先端医学棟

６　添付書類

静岡県が発注する物品の製造の請負、買入れ又は売払いに係る競争入札参加資格、又

は競争入札参加資格を有することを証した書類の写し

様式２

質　問　書

問合せは必ず下記のメールアドレスまでお願いします。

【問合せ先メールアドレス】　平成28年８月10日（水）午後３時まで

sogo-shintokensetsushitsu@shizuoka-pho.jp

メール送信後、電話にて受信の確認を行うこと。　(054-247-6111 土日祝日は除く)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 担当者 |  |
| メールアドレス |  |

件名：HybridOR血管造影装置及び手術中用磁気共鳴画像診断装置（保守点検業務（瑕疵担

　　　保期間を除く５年間の保守点検）を含む。）

【質問事項】

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　仕様書等の箇所がわかるように記入すること。

様式３

委　　任　　状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 私は、 | 代理人の印 | を代理人と定め、 |
|  |

下記件名の入札に関する一切の権限を委任します。

記

委任事項　　 １　入札番号　　　総病新第７－１号

２　件　　名　　　HybridOR血管造影装置及び手術中用磁気共鳴画像診断装置購入及び保守点検業務委託

３　規　　格

４　数　　量

委任期日　　　平成　　　年　　　月　　　日

平成　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人静岡県立病院機構理事長　様

住　　　　所

商号又は氏名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印