

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 10 月 14 日

2 入札番号

総病新第 7－3 号

3 購入物品名及び数量

メディカルハンガー 8 台

4 納入期限

平成 29 年 8 月 25 日（金）

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 10 月 26 日（水）午後 4 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：メディカルハンガー購入

【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。

委 任 状

私は、
下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人の印

を代理人と定め、

記

委任事項

総病新第 7－3 号 メディカルハンガー購入の入札及び見積について

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 田中 一成 様

住 所
商号又は氏名
代 表 者 名

印