

(様式5)

入 札 書

入 札 金 額			百 万			千			円

(消費税及び地方消費税を除く)

件 名 ●●●●

納入期限 年 月 日

上記の金額をもって受注したいので、仕様書、契約書および地方独立行政法人市立大津市民病院契約規程並びにその他貴院が提示する条件、指示事項を全て承諾・遵守し、本入札が公立病院の実施する公的な入札であることを十分認識し、その趣旨を理解した上で入札します。

年 月 日

住 所
商号又は名称
代表者氏名
上記代理人

㊞

(あて先)

地方独立行政法人市立大津市民病院

※開札日時に2回目以降の入札（再度入札）を行う場合、再度入札用に必ず2枚持参ください。

※入札説明書6参照