

様式 1

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館理事長 様

所 在 地

商号又は名称

代 表 者 氏 名

印

令和5年9月19日付で公告のありました汎用超音波画像診断装置調達に係る一般競争入札について、担当者届（様式2）を添えて確認申請します。
なお、下記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 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館契約事務取扱規則第2条第5項の規定に該当する者でないこと。
- 2 会社更生法（平成14年法律第154号）又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき更生手続開始又は再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。
- 3 開札の日の6か月前から開札の日までの間、金融機関等において手形又は小切手を不渡りとなった者でないこと。
- 4 佐賀県発注の契約に係る指名停止措置若しくは入札参加資格停止措置を受けている者又は佐賀県発注の請負・委託等契約に係る入札参加資格一時停止措置要領に該当する者でないこと。

様式2

担 当 者 届

商 号 又 は 名 称	
担 当 部 署 名	
担 当 者 職 ・ 氏 名	
担当部署の所在地	
電 話 番 号	
ファックス番号	
電子メールアドレス	

様式3

県医好第 号
令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代表者氏名)

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
理事長 樗木 等

入札参加資格確認申請の審査結果について(通知)

令和 年 月 日付けで申請のあった入札参加資格確認申請の審査結果については、下記のとおりです。

入札日当日に必要な書類を提出する際には、本通知書の提示も併せてお願いします。

記

1. 調達業務名

汎用超音波画像診断装置 調達業務

2. 履行場所

佐賀県佐賀市嘉瀬町大字中原400
地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館

3. 入札資格の有無

有・無

様式 4

入札書

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館理事長 様

本書のとおり入札します。

入札金額（税抜）	
----------	--

内 訳

品 名	数 量	金 額
汎用超音波画像診断装置	二式	

年 月 日

所 在 地

商号又は名称

代 表 者 氏 名 印

代 理 人 氏 名 印

※代理人が入札する場合は、代表者の押印は不要

委 任 状

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館理事長 様

今般都合により、_____印を代理人と定め、下記の入札に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

記

入札年月日	令和5年11月10日
入札名	汎用超音波画像診断装置調達に係る一般競争入札

様式6

質 問 書

調 達 業 務 名 汎用超音波画像診断装置

商号又は名称

担当者職・氏名

番号	質 問 内 容
1	
2	
3	
4	
5	