

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

住 所

商号または名称

代 表 者 氏 名

印

令和4年8月2日付で公告のありました超電導磁気共鳴画像診断装置(1.5T_3.0T)調達に係る一般競争入札について、担当者届(別記様式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)に基づく更生手続開始の申立て又は民事再生法(平成11年法律第225号)に基づく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、又はなるおそれがある者でないこと。
- 4 入札参加申請書の提出期限の日から開札の日までの間に、佐賀県発注の契約に係る入札参加資格停止又は指名停止処分を受けている者でないこと。

様式2

担 当 者 届

商号または名称	
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 号
令 和 年 月 日

(商号または名称)
(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)

下記事業について、貴社より申請のありました入札参加資格の確認について、
審査結果を下記のとおり通知致します。

なお、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
いたします。

記

1. 事業名
超電導磁気共鳴画像診断装置(1.5T_3.0T)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	
---------	--

内 訳

品 名	数 量	金 額
超電導磁気共鳴画像診断装置 (1.5T_3.0T)	一式	

物件名：超電導磁気共鳴画像診断装置(1.5T_3.0T)調達に係る一般競争入札

年 月 日

入 札 者
住 所
氏 名

印

様式 5

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、_____を代理人と定め、下記の入札に
関し、一切の権限を委任します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

代理人

印

入札年月日	令和4年9月29日
物 件 名	超電導磁気共鳴画像診断装置(1.5T_3.0T)調達に係る一般競争入札

様式6

質 問 書

商号または名称

担当者職・氏名

番号	質 問 内 容
1	
2	
3	
4	
5	

契 約 金 額 確 認 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

住 所

商号または名称

代 表 者 氏 名

印

令和4年9月29日に入札を行った下記業務については、交渉の結果、下記金額にて契約
することを確認します。

記

1 契 約 名 超電導磁気共鳴画像診断装置(1.5T_3.0T)調達業務

2 契約金額 金 _____ 円

(うち消費税及び地方消費税額 金 _____ 円)