第１号様式

入札説明書等に関する質問書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　年　　月　　日

福島県ふたば医療センター附属病院長

入札参加者　　住　　　　　所

商号又は名称　　　　　　　　　　（代表者印省略）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号　　（　　 　 - 　 -　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ファクシミリ（　　 - 　 - 　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 案件名 | ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台 |  |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |

第２号様式

入札説明書等に関する回答書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福島県ふたば医療センター附属病院長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 案件名 | ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台 |  |
| 質　　　　　問　　　　　事　　　　　項 |
|  |
| 回　　　　　答　　　　　事　　　　　項 |
|  |

第３号様式

条件付一般競争入札参加資格確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

福島県ふたば医療センター附属病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ 番 号　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（作成担当者職・氏名　　　　　　　　　　　　）

　令和５年６月７日付け公告ありました調達契約に係る入札参加資格の確認を受けたいので、入札参加に必要な資格要件等について下記のとおり申請します。

　なお、この申請書及び添付書類の記載事項は、すべて事実と相違なく、かつ、地方自治法施行令第167条の4第1項及び第2項のいずれにも該当していないことを誓約します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　参加希望品名 ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台

２　物品購入（修繕）競争入札参加有資格者登録について

　(1)　登録番号　　（　　　　　　　　　　　　）

　(2)　有効期間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

３　物品購入（修繕）競争入札参加有資格者にかかる指名停止等の措置の有無について

　　有　・　無

４　本店、支店又は営業所の所在地（福島県内にある事務所）

　　※申請人が福島県内の者である場合は、記載不要。

５　添付書類

　(1) 確約書（様式任意（参考様式１））

(2) 提案協議書（第５号様式）

(3) 納入しようとする物品の構成及び定価に関する資料（様式任意（参考様式２））

(4) 保守及び修理体制に関する調書（様式任意（参考様式３））

第４号様式

条件付一般競争入札参加資格確認通知書

令和　　年　　月　　日

　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　福島県ふたば医療センター附属病院長　　　印

　先に申請のありました条件付一般競争入札参加資格については、下記のとおり確認したので、お知らせします。

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 購入等件名及び数量 | ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台 |
| 本公告に係る入札参加資格の 有 無 |  有 |
| 無 |  |
| 入札参加資格がないと認めた　理由 |  |

※１　入札参加資格がないと通知された方は、入札参加資格がないと認めた理由について説明を求めることができます。

　　２　この確認通知書は、入札書の開札日に入札執行者から入札参加資格を確認するため提示を求められますので、開札日に必ず持参してください。

第５号様式

提　案　協　議　書

令和　　年　　月　　日

福島県ふたば医療センター附属病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号　　（　　　　－　　　－　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ 番 号　　（　　　　－　　　－　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者職・氏名　　　　　　　　　　　）

「ワゴンタイプ乗用車２WD　１台」の提案について

　このことについて、仕様を満たすものとして、別添のとおりカタログ等を添付し、提出しますので確認してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案件名 | 提案品名 | 規格・型番 | 定価 |
| ワゴンタイプ乗用車２WD　１台 |  |  |  |

※定価は消費税抜きの金額とすること。定価には納入費用等の諸費用を含む総額を記入すること。

※本書の提出期限は令和５年６月１３日（水）正午とする。

※カタログ等はＡ４サイズにコピーし、仕様確認に必要な部分に目印をして提出すること。

※必ず福島県ふたば医療センター附属病院長の確認を受けてから、第３号様式の申請をすること。

上記のとおり提案協議のありました件について、内容を確認した結果は、次のとおりです。

　　仕様を満たしているものと認めます。

　　仕様を満たしておりません。

令和　　年　　月　　日

福島県ふたば医療センター附属病院長　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　担当　　　　　　TEL

第６号様式

入　　札　　書（見　積　書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額（税抜） | 拾 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

品　　名　　ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台

納入場所　　福島県ふたば医療センター附属病院

　　　　 　　　　（福島県双葉郡富岡町大字本岡字王塚817-1）

　　　 納入期限　　令和５年１２月２８日（木）

　上記のとおり入札(見積)いたします。

　　　　令和　　年　　月　　日

　　　 　　住　　　　　所

　　　 　　商号又は名称

　　　 　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　 　　　（代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印）

　　福島県ふたば医療センター附属病院長　　様

注）１　入札書として使用する際は、見積書を二重線で消し込むこと。（見積書として使用する場合は、入札書を二重線で消し込むこと。）

　　２　金額は算用数字で記入し、金額の頭に、\を付すこと。

 ３　再度入札（見積）の場合は、入札(見積）書の前に「再」と記入すること。

　　４　「第４号様式　条件付一般競争入札参加資格確認通知書」の写しを添付すること。

　　５　代理人をして入札する場合は、「第７号様式　委任状」を提出すること。

第７号様式

委　　　　　　任　　　　　　状

　私は都合により下記の者を代理人と定め下記事項を委任します。

記

　令和５年６月３０日に執行される「ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台」の入札及び見積に関する一切の権限。

　令和　　年　　月　　日

　福島県ふたば医療センター附属病院長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　委任者　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　 　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　受任者　職名又は住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　 　　　　　　　　　　　印

（代理人が出席する場合に必要）

（参考様式１）

確　　約　　書

福島県ふたば医療センター附属病院長 谷川　攻一　様

令和　　年　　月　　日

入札参加者　住　　　　　所

　　　　 商号又は名称

　　　　 代表者職・氏名　　　　　　 　　　　　　　　　印

案件名「ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台」

本件について受注した際には、指定の納入期日である令和５年１２月２８日までに製品を必ず納入することを確約いたします。

（参考様式なので、利用する場合には修正訂正等は自由です。）

（参考様式２）

納入しようとする物品の構成及び定価に関する資料

福島県ふたば医療センター附属病院長　谷川　攻一　様

　令和　　年　　月　　日

入札参加者 　 住　　　　　所

　　　　　商号又は名称

　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　 　　印

案件名「ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台」

［車名：　　　　　　　　 　　　型式：　　　　 　　　　　　グレード： 　 　　　　］

※通常販売価格の**総額**（定価ベース・税抜き価格）で回答願います。

1. 車両本体（課税対象）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円
2. 付属品等（課税対象）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円
3. リサイクル料（非課税）　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　円
4. 登録手続費用等（課税対象）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円
5. 登録手続費用等（非課税）　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　円

合計　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　（提案協議書の定価欄の金額と一致すること。）

* リサイクル料及び登録諸経費を含むこと。

（ただし、自動車税、環境性能割、自動車重量税、自動車賠償責任保険料を除く）

* （（１）＋（２）＋（４））×１．１＋（３）＋（５）が消費税込みの額になること。

（参考様式なので、利用する場合には修正訂正等は自由です。）

（参考様式３）

保守及び修理体制に関する調書

　　令和　　年　　月　　日

福島県ふたば医療センター附属病院長　谷川　攻一　様

入札参加者 住 所

　　　　　　　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　 　 　 代表者職・氏名　　　　　 　　　　　　　　印

案件名「ワゴンタイプ乗用車２ＷＤ　１台」

本件について、店舗等の連絡先、保守及び修理に関して下記（別紙）のとおりサービス体制を整えており、適切な対応を致します。

1. 必ず、店舗等の連絡先、保守及び修理に関しての資料を添付するか余白に記載すること。
2. 本書を別途持参又は郵送により提出する場合は、確認を受けた提案協議書に本書及び資料を添付してください。