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 | 生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式 |  |
| 質　　　　　問　　　　　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６年１０月１８日付けで公告の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 生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式

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) 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））

(3) アフターケア及びメンテナンス体制に関する調書（任意様式）

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 | 生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式 |
| 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　　生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式

納入場所　　福島県ふたば医療センター附属病院

　　　 納入期限　　令和７年２月２８日（金）

　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６年１０月３１日に執行される「生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式」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「生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式」

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７年２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「生化学・免疫統合型自動分析装置　コバスpure303/402　一式」

〇納入予定製品

 　　　　　メーカー：

型 式：

 １ 本体価格（付属品含む） （一式計） 円

 ２ 諸経費（搬入、据付、調整等の費用）（一式計） 円

３ 合計（１＋２） 円

 ※消費税抜きで値引きなしの定価又は標準価格を記載してください。

（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。）