

様式第 5 号

## 入 札 書

金

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
|  | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|

円

※ 入浴リフト装置一式の総価（税抜）を記入してください。

ただし

入札物件 入浴リフト装置一式の購入

納入場所 国保中央病院 6階病棟浴室

入札保証金 免除とする

上記の通り国保中央病院組合契約規則を承知の上入札します。

年 月 日

国保中央病院組合 管理者 殿

入札者 住 所

称号又は名称

代表者氏名

代 理 人

印