

様式第 5 号

入札書

金

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

円

※ 電動マイクロドリルシステム 一式の総価(税抜)を記入してください。

ただし

入札物件 電動マイクロドリルシステム 一式の購入

納入場所 国保中央病院 2階手術室

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