第３号様式（第28条）

年　　月　　日

公募型指名競争入札参加意向申出書

横浜市病院事業管理者

業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　印

　次の指名競争入札に参加を申し込みます。

公表日　　令和元年７月８日

種目名　　医療機械器具

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 契約番号 | 件　　　名 |
| １ | なし | 整形外科手術用ドリル一式の購入 |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| ６ |  |  |
| ７ |  |  |
| ８ |  |  |
| ９ |  |  |
| 10 |  |  |

**（注意）種目別に提出してください。**

第４号様式（第17条、第22条第３項、第28条第２項）

年　　月　　日

納入(製造)実績調書

横浜市病院事業管理者

業者コード

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　印

種目名　医療機械器具

|  |  |
| --- | --- |
| 契約番号又は公告番号 | 件　　名 |
| なし | 整形外科手術用ドリル一式の購入 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※一般競争入札の場合は、契約番号又は公告番号を記入してください。

上記の案件について、次のとおり当該物品又はこれと同等の物品に係る納入（製造）実績があり、当該案件に係る物品等の納入又は製造が可能です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 納入先 | 品名 | 数量 | 金額(千円) | 納入完了年月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  |  | 年　　月 |

**（注意）１　種目別及び公告日（又は納入（製造）実績調書提出期限日）別にまとめて提出してください。**

**２　当該物品又はこれと同等の物品に係る納入（製造）実績で、完了したものを記**

**入してください。**

**納入（製造）先は、官公庁・民間を問いません。**

**３　この入札における入札参加資格（条件）を満たす実績がない場合は、引受証明書を提出してください。**

第５号様式の１（第17条、第22条第３項、第28条第２項）

年　　月　　日

引　受　証　明　書

横浜市病院事業管理者

（証明者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

次の調達案件について、（入札参加者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が落札の際は、下の物品について、期限(期間)を厳守し供給することを証明します。

１　件名　　　　　　　　　　　整形外科手術用ドリル一式の購入

２　 品名等の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品　　　名 | メーカー・型番 | 数　量 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（注意）１　証明者欄は、メーカー、販売代理店、特約店等、入札参加者に対して当該物品を供給する者（支社、支店等でも可）が記載してください。（**自己証明不可**。ただし、メーカーが入札に参加する場合は除く。）

２　件名欄には、発注情報詳細（物品・委託等）等に記載されている件名を記載してください。

３　品名等の内訳欄には、仕様書に基づいて、供給物品ごとに品名、メーカー・型番、数量を記載してください。枠内に記載しきれない場合は、別紙内訳書を作成し、添付してください。

４　品名等の内訳が、仕様等を満たさないと判断した場合は、入札参加資格を有しないとすること又は落札者として決定しないことがあります。

**入　　札　　書**

　　年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　業者コード

　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次の金額のとおり、入札します。

　件名及び数量　　　　　　　　　　整形外科手術用ドリル一式の購入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

入札金額　　　　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 １００

（入札金額 ＝ 契約希望金額 ×　　　　 ）

　　　　　　　　　　　　　　 １０８

（注意）　入札書には、消費税法第９条第１項に規定する免税事業者であるか課税事業者であるかを問わず、見積もった契約希望金額の108分の100に相当する金額を記載してください。

**設計図書《仕様書》等に関する質問書**

　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　連絡先：担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

件名　　　　　　　　　　　　整形外科手術用ドリル一式の購入

|  |  |
| --- | --- |
| 件名、設計図書《仕様書》  該当ページ等 | 質　　　問　　　内　　　容 |
|  |  |

**入札辞退届**

　　年　　月　　日

横浜市病院事業管理者

　　　　　　　　　　　　　　業者コード

　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　令和元年７月８日に公表された次の公募型指名競争入札案件について、入札への参加を辞退いたします。

１　件名及び数量

　　整形外科手術用ドリル一式の購入

２　納入期限

　　令和元年９月30日

３　履行場所

　　横浜市磯子区滝頭一丁目２番１号

　　横浜市立脳卒中・神経脊椎センター

４　辞退理由