第１号様式

(ファクシミリ送信）

**入札説明書等に関する質問書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　　　　　　　　　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 | 腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　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**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　）

　平成30年8月8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項各号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

　　腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　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　　平成　　年　月　　日から平成　　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参加資格制限の有無について

　　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）

　　申請人が県内の場合は、記載不要。

第５号様式

提案協議書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　公立大学法人福島県立医科大学理事長

　　　　　　　　　　　　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　　（　　　　－　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　　　　　　　　）

「腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　一式」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（税抜き） |
| 腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　一式 |  |  | 本体諸経費合計 |

※１　定価は、消費税抜きの金額とすること。（諸経費については、搬入等の費用を記載すること。

※２　カタログ等は必要なページをA4サイズにコピーし、仕様確認に必要な部分を目印（マーカー等）

　　をして提出すること。

※３　構成内容の積算明細がわかる内訳書を添付すること。

|  |
| --- |
|  |

　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。

（いずれかを○で囲む。）

　　　　　仕様を満たしておりません。

　平成　　年　　月　　日

 公立大学法人福島県立医科大学理事長

第６号様式

**入　札　書（　見　積　書　）**

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

　　　品　　名　　腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　一式

　　　納入場所　　公立大学法人福島県立医科大学

　　　納入期日　　契約日から９０日以内

　上記のとおり入札(見積)いたします。

　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　住　　　　　所

　　　　　商号又は名称

　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 (代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印）

　公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

注）１　金額の文字の頭に、\を付すこと。

 ２　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。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

　平成３０年８月２９日に執行される「腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　１式」の入札及び見積に関する一切の権限。

　平成　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学理事長　　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）

納入しようとする物品の構成及び定価に関する資料

平成　　年　　月　　日

 入札参加者　　住　　　　　所

 商号又は名称

 代表者職・氏名

案件名：腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　一式

１　本体

　　　　　 取 扱：　　　　　　　　　　　　　　　型式：

　 　　　 円

２　諸経費（搬入等の経費）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　合　　計：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

※価格は、値引きなしの定価又は標準価格（消費税抜き）を記入してください。

（参考様式なので、利用する場合、修正等は自由です。）

（参考様式２）

確　　約　　書

平成　　年　　月　　日

公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

 入札参加者　　住　　　　　所

 　　　商号又は名称 （代表者印）

 代表者職・氏名

案件名　「腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　一式」

　本件について受注した際には、契約後９０日以内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、修正等は自由です。）

（参考様式３）

確　　認　　書

公立大学法人福島県立医科大学理事長　　様

平成　　年　　月　　日

 入札参加者　　住　　　　　所

 　　 商号又は名称 （代表者印）

 代表者職・氏名

案件名　「腹腔鏡下手術用トレーニングシュミレータ　一式」

　参加資格制限期間中の者が今回の調達契約に係る物品の全部若しくは主要な部分の仕入先等となっていないことを確認いたしました。

 （参考様式なので、利用する場合、修正等は自由です。）