

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

所在地又は住所
氏名（商号又は名称）
代表者氏名
電話番号
FAX 番号
（担当者氏名）

印

送 付 書

下記調達件名に係る一般競争入札に参加したく、別添のとおり仕様審査に必要な書類を提出します。

記

1 調達件名 コピー用紙 A4

2 提出書類

- (1) 仕様書
- (2) 定価見積書

(入札書様式)

入 札 書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

所在地又は住所

商号又は名称

代表者氏名

印

(代理人氏名)

(印)

千	百	十	万	千	百	十	一
---	---	---	---	---	---	---	---

一金 円

注) 消費税抜きの額とすること

件 名 コピー用紙 A4

規格・銘柄 仕様書のとおり

数 量 1箱

納入期間 令和2年6月1日から令和3年3月31日

(委任状様式)

委 任 状

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

委任者 所在地又は住所

商号又は名称

代表者氏名

印

私は、下記の者を代理人として、次の権限を委任します。

入札件名 コピー用紙 A4

記

1 受任者

氏 名

受任者
使用印

2 委任事項

令和2年5月27日に岩手県立中央病院において実施される上記件名の入札に関する一切の権限