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（代理人氏名）　　㊞

盛岡保健医療圏における複写機賃貸借契約について、入札条件等を承諾のうえ下記のとおり入札します。

記

モノクロコピー　　＿＿＿＿＿＿＿＿円　（1 回あたり単価：税抜）

カラーコピー　　＿＿＿＿＿＿＿＿円　（1 回あたり単価：税抜）

モノクロコピー

予定数量　19,783,620 回　×＿＿＿＿＿＿円　（1 回あたり単価：税抜）

＝＿＿＿＿＿＿＿＿円・・・(A)

カラーコピー

予定数量　3,330,780 回　×＿＿＿＿＿＿円　（1 回あたり単価：税抜）

＝＿＿＿＿＿＿＿＿円・・・(B)

推定総金額　（A+B）＝ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円（税抜）