

公募型プロポーザル方式業務委託参加申請書

年 月 日

地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 様

(申請者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

㊞

業 者 コ ー ド

電話番号 - -

FAX番号 - -

下記の業務について、公募型プロポーザル方式業務委託に参加したいので、関係書類を添えて申請いたします。

なお、当該業務の受託予定者の要件として、明石市税の納税状況の確認が必要なときは、理事長が明石市に報告を求めることに同意します。

また、下記業務の受託予定者として決定を受けた日の前日において、国税を完納していること（滞納していないこと）を誓約いたします。なお、下記業務の受託予定者として決定された場合においては、契約締結期限までの間に、国税の滞納がないことを証する納税証明書を提出することについても誓約し、これを提出できないときは、下記業務の受託予定者としての決定が取り消されること及び指名停止措置を受けることについて承諾するとともに、これらの措置の実施について、一切の異議を申し立てません。

記

業 務 名 診療材料等物品調達管理業務

下記には記入しないでください。

審 査 結 果
適 ・ 否