**入　　　札　　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金額** | **億** | **千** | **百** | **十** | **万** | **千** | **百** | **十** | **円** |

 **（見積もった契約金額の１１０分の１００に相当する金額）**

**入札件名 伊万里有田共立病院　血管造影X線診断装置一式**

**納入場所 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲（伊万里有田共立病院）地内**

**伊万里・有田地区医療福祉組合入札公告及び仕様書等を承諾の上、入札します。**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**住　　　　所**

**商号又は名称**

**代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**

**伊万里・有田地区医療福祉組合**

**病院事業管理者　　桃 﨑 宣 明 様**

**（記入例）**

**入　　　札　　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金額** | **億** | **千****\** | **百****5** | **十****0** | **万****0** | **千****0** | **百****0** | **十****0** | **円****0** |

 **（見積もった契約金額の１１０分の１００に相当する金額）**

**入札件名 伊万里有田共立病院　血管造影X線診断装置一式**

**納入場所 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲（伊万里有田共立病院）地内**

**伊万里・有田地区医療福祉組合入札公告及び仕様書等を承諾の上、入札します。**

**令和　6　年　12　月　6　日　※開札日を記載してください。**

**住　　　　所　 ○○○○**

**商号又は名称　 ○○○○㈱**

**代表者氏名　 ○○○○**

**伊万里・有田地区医療福祉組合**

**病院事業管理者　　桃 﨑 宣 明 様**