［様式１］

令和５年　月　日

いわき市病院事業管理者　様

参加表明書

提案者（法人）名

法人の所在地　　〒　　　-

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　下記について、参加を表明するため、本書及び添付書類を添えて提出いたします。

　　また、本書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

　　なお、「いわき市医療センター院内スマートフォン賃貸借公募型プロポーザル実施要領」の「３　参加資格要件」に規定する要件を満たさなくなった場合には、貴センターに対して速やかに報告いたします。

　　１　件　　名　いわき市医療センター院内スマートフォン賃貸借

　　２　提出書類

1. [様式２] 法人概要書
2. [様式３] 実績表
3. [様式４] 同意書
4. その他、必要な添付書類

　　３　担当者

　　　⑴　所　　属：

　　　⑵　氏　　名：

　　　⑶　電　　話：

　　　⑷　Ｅ－mail ：

［様式２］

法人概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 法人設立年月 |  |
| 資本金 |  |
| 従業員数 |  |
| 本業務を主に作業する所在地 |  |
| 次の内容の有無について、該当するものに○をつけること。 |
| * 令和５年度いわき市入札参加資格者名簿の登録がある場合
 | チェック欄 |
|  | 入札参加を停止されているか |  |
| * 令和５年度いわき市入札参加有資格者名簿の登録がない場合
 |
|  | 特別な理由がある場合を除くほか、入札に係る契約を締結する能力を要しない者及び破産者で復権を得ない者 |  |
| 銀行取引の停止処分を受けていない者 |  |
| 宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体、暴力団若しくは暴力団員の統制の下にある団体ではないこと。 |  |
| いわき市病院事業契約等に係る暴力団等の排除に関する要綱（平成27年３月31日制定）第４条第１項に規定する排除措置対象者に該当しない者であること。 |  |
| 法人税又は所得税、消費税及び地方消費税並びに本市に収めるべき市税を納付していない者 |  |
| 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立て及び民事再生法（平成11年法律第225号）の規定に基づく再生手続開始の申立て |  |

* 令和５年９月15日時点で記載すること。

【登録がない場合の添付書類】

　・同意書（様式４）

　・法人登記簿謄本

　・国税の納税証明書

　・市税の納税証明書

　・財務書類

［様式３］

実　　績　　表

法人名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | 病院の規模（病床数） | 契約台数 | 契約期間 | 契約金額（千円） |
|  |  | 　　 | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |
|  |  |  | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |
|  |  |  | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |
|  |  |  | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |
|  |  |  | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |
|  |  |  | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |
|  |  |  | 自：　　年　月至：　　年　月 | 千円 |

* 他の公立病院（独立行政法人、国立大学法人、地方独立行政法人含む）や民間病院との間で契約している実績について主なものを記載すること。

［様式４］

令和５年　月　日

いわき市病院事業管理者　様

同　意　書

提案者（法人）名

法人の所在地　　〒　　　-

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次に記載するものについて、暴力団等でないことを警察等関係機関へ照会することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |
|  | 生年月日 | 住所 |
|  |  |  |
|  |

* 「取締役等氏名」の欄には、取締役（社外取締役を含む）及び監査役（社外監査役を含む）にある者の氏名を記載すること。

［様式５］

令和５年　月　日

いわき市病院事業管理者　様

見　積　書

提案者（法人）名

法人の所在地　　〒　　　-

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

「いわき市医療センター院内スマートフォン賃貸借」提案に、下記金額にて見積いたします。

件　　名　　いわき市医療センター院内スマートフォン賃貸借

金　　　　　　　　　　　　　　　円

　　※１ 消費税相当額（10％）を含む金額とすること。

　　※２ 積算内容を明示した内訳書を添付すること。

［様式６］

令和５年　月　日

いわき市病院事業管理者　様

質　問　書

　「いわき市医療センター院内スマートフォン賃貸借公募型プロポーザル実施要領」等について、以下のとおり質問します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提案者（法人）名 |  | 質問番号 |  |
| 担当者 | 法人名 |  |
|  |  | 所　属 |  |
| 電話番号 |  | 所在地 |  |
| Ｅ－mail |  |
| 質問事項 |  |

※１ 質問は、簡潔かつ具体的に記載すること。

※２ 質問事項は、様式１枚につき１件とすること。

※３ 質問が複数あるときは様式を複写し、質問番号に通し番号を記載して提出すること。

［様式７］

令和５年　月　日

いわき市病院事業管理者　様

辞　退　届

提案者（法人）名

法人の所在地　　〒　　　-

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記の業務に係る公募型プロポーザル方式による募集について、参加表明をしましたが、都合により辞退します。

　１　件　　名　　いわき市医療センター院内スマートフォン賃貸借

　２　辞退理由

　３　担当者

　　⑴　所属：

　　⑵　氏名：

　　⑶　電話：

　　⑷　Ｅ－mail：

以上