

入札書

件名 地方独立行政法人長崎市立病院機構 個人未収金回収業務委託

入札金額

拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

- (注)
- ・契約希望額の110分の100の金額を記載し頭に「¥」をつけること。
 - ・入札金額の改ざん、又は訂正をしてはならない。
 - ・必ず、右の「くじ番号」の枠内に3桁以内の数字を記入してください。

くじ番号			
------	--	--	--

上記の金額（成功報酬率をかけた金額）で履行したいので、関係書類を熟覧のうえ、地方独立行政法人長崎市立病院機構契約規程を守り入札します。

令和 年 月 日

（宛て先）

地方独立行政法人長崎市立病院機構 理事長

会社（商店）名

入札者氏名

印

（注）委任を受けて入札する場合には、受任者名で入札することとなります。