

令和 年 月 日

高知県・高知市病院企業団
企業長 村岡 晃 様

(委任者)

住所

氏名又は名称
及び代表者名

印

委 任 状

私は、下記の者を代理人と定め、令和 年 月 日 執行の下記の一般競争入札
に関する一切の権限を委任します。

記

件名 麻酔システムCarestation620一式

代理人 住 所

氏 名

入札書使用印鑑

印

令和 年 月 日

高知県・高知市病院企業団
企業長 村岡 晃 様

住所

氏名又は名称
及び代表者名

⑨

入 札 書

入札の諸条件を承諾の上、次のとおり入札します。

(単位：円)

金 額	
契約件名または内容	麻酔システムCarestation620一式

- 備 考
- 1 入札金額の数字の頭には¥を冠し、契約希望金額の110分の100（消費税及び地方消費税相当額抜き）の金額を記載すること。
 - 2 法人の場合にあっては、住所及び氏名は、所在地、名称及び代表者の職氏名を記入すること。
 - 3 代理入札の場合は、委任者の住所及び氏名の下に「代理人」の表示をしてその住所及び氏名を記入し押印すること。

入札辞退届

件名 麻酔システムCarestation620一式

上記について、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

高知県・高知市病院企業団企業長 村岡 晃 様

住所

氏名又は名称
及び代表者名

印