

入札書

件名 市立柏原病院患者給食業務(その2)

金額 (1か月あたりの業務金額(税抜))

百億	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円

地方自治法、その他関係法令、柏原市病院事業契約規程、入札者心得を守り入札いたします。

令和 年 月 日

柏原市病院事業管理者 石川 哲郎 殿

所在地

会社名(商号)

氏名

印

【注意事項】

- 数字はアラビア数字(算用数字)を用いてください。
- 金額の頭部に¥を記入してください。
- 金額の訂正は無効となります。
- 記入押印のないものは無効です。
- 見積もった契約希望金額の110分の100に相当する金額を当該入札書に記載してください。

(例)

十万	万	千	百	十	一	円
¥	1	2	3	4	5	

(※枠内に記入のこと)

くじの数 (任意の3桁の数字 000~999)

※同額となった場合、くじ(抽選)に使用するので必ず記入すること。

--	--	--

令和 年 月 日

内訳明細書

柏原市病院事業管理者 石川 哲郎 殿

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者又は受任者 _____ (印)

件名:市立柏原病院患者給食業務(その2)

内 訳			金 額
月額委託料	—	—	円 【1】
月額材料費	1食あたり173円～198円 を記入(A)	1ヶ月あたり予定食数 (B)	(A) × (B)
		10,000	円 【2】
合計額(月額委託料+月額材料費)			円 【1】+【2】

[注意事項]

上記の合計額を入札書に記載すること。

当該内訳明細書の合計金額(税抜)と入札書の金額(税抜)が同一でない場合は、無効となります。