**税抜総額　￥ 円**

入札事項　血管内超音波画像診断装置（CORE Mobile イメージングシステム）賃貸借契約

なお、契約金額は表記の金額に当該金額の１０％に相当する額を加算した

金額とします。

　　　　年　　月　　日

住　　　所

氏　　　名 　　印

代理人氏名 　　印

法人の場合は、法人名及び代表者役職氏名を

　　　　　　　　　　　　 記入し、法人印及び代表者印を押印すること

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院　理事長 様