

入 札 書

入札事項 歯科用X線CT撮影装置 1式

メーカー

型式

¥

円

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。

令和 年 月 日

住 所

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してください。
(押印は代理人による入札の場合を除く。)

代 理 人

印

地方独立行政法人岐阜県立多治見病院 理事長 様