

価 格 提 案 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理事長 様

住 所
(所在地)

法 人 名
(名称及び代表者氏名)

実印

大阪市立総合医療センター入院セット運営事業に係る賃貸借料について、次の賃料割合
(注1) で価格提案します。

賃料割合			.		%
------	--	--	---	--	---

【連絡先】 担当者氏名 :
電 話 番 号 :
電子メールアドレス :

(注1) 月ごとの売上金額(消費税及び地方消費税の額を含む。)のうち賃料割合に相当する金額を賃貸借料月額とする。賃料割合は**小数点以下第一位まで記載**すること。
※賃貸借料については、「大阪市立総合医療センター入院セット運営事業者募集要項」の記載内容を十分に確認すること。
(注2) 印鑑は登録印(印鑑証明書と同一のもの)を押印すること。
(注3) 連絡先を記入すること。