

入 札 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

商 号

代 表 者

⑤

大阪市立総合医療センター駐車場運営管理業務受託者募集の入札において、次の金額で申し込みます。

金 額			百万			千			円
--------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

- ☐ 入札金額は、年額・税込で記入すること。
- ☐ 入札金額は、受託者が機構に支払う定額の納入金である委託者固定収益金として取り扱う。
- ☐ 金額の頭部（左欄）に「¥」又は「金」を記入すること。
- ☐ 印鑑は登録印（印鑑証明書と同一のもの）を押印すること。

誓 約 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

商 号

代 表 者

⑥

大阪市立総合医療センター駐車場運営管理業務受託者募集の入札参加資格において、次の事項に相違ないことを誓約します。

- 1 「大阪市立総合医療センター駐車場運営管理業務受託者募集要項」の「3 入札参加資格要件」に定める資格を有します。
- 2 機構ホームページ上で事業者名及び入札金額を掲載することに同意します。

営業実績報告書

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

商 号

代表者

印

大阪市立総合医療センター駐車場運営管理業務受託者募集の入札参加資格として、次のとおり報告します。

番号	施設名	所 在 地	営業期間	病床数	駐車台数
記入例 1	〇〇〇〇〇医療センター	大阪府〇〇市〇〇町×番×号	平成〇年〇月～ 現在も営業中	500	300
記入例 2	〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇×丁目×番×号	令和〇年〇月～ 現在も営業中	600	400

※ 元受で平成30年度から令和7年度までに、3年間以上継続して駐車場の運営管理業務を行っているものを記入すること。（多数の場合は、3箇所まで記入すること。）

委 任 状

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

(委任者)

住 所

(所在地)

法 人 名

(名称及び代表者氏名)

実印

次の者を代理人と定め、貴機構における大阪市立総合医療センター駐車場運営管理業務受託者への応募に付帯する一切の権限を委任します。

(受任者)

住 所

氏 名

印