（様式1）

受付印

※① 複数の公募物件に申し込むことができますが、応募価格提案書は1物件ごとに封筒を分けてください。

※② 複数の公募物件に申し込む場合でも、応募価格提案書以外の書類（応募申込書、納税証明書、誓約書等）は1業者1部の提出です。

応　募　申　込　書

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）
住所（所在地）

商号または名称

代表者職及び氏名　　㊞

担当者名

所属部署

電話番号

自動販売機設置事業者募集について、募集要項の各条項を承知の上、申し込みます。

添付書類

・応募価格提案書（市立東大阪医療センター所定様式5）（定型封筒に封入し、封筒裏面に公募番号記入）

・誓約書（市立東大阪医療センター所定様式2）

・税務署が発行する消費税及び地方消費税の納税証明書
（法人の場合は様式その3の3を、個人の場合は様式その3の2を提出のこと）

・各市区町村にて発行する「市民税」、「固定資産税及び都市計画税」の各々の納税証明書（未納税額・納付額がない納税証明書の提出でも可） なお「固定資産税及び都市計画税」が課税対象外の場合は、誓約書[市立東大阪医療センター所定様式3]を提出のこと

・誓約書（市立東大阪医療センター所定様式3）（該当の場合のみ）

・2－（4）にかかる許認可等の免許書の写し

（様式2）

誓　約　書

私は、市立東大阪医療センターが実施する自動販売機設置事業者の募集の申込みに当たり、下記の事項に相違ないことを誓約します。

記

1　応募申込書の提出に際し、自動販売機設置事業者募集要項を理解し、応募申込に参加します。

2　自動販売機設置事業者募集要項の「2　応募資格要件」に定める必要な資格を有します。

3　設置事業者の決定に関して、市立東大阪医療センターウェブサイトに決定金額及び決定事業者名を掲載することに同意します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人　市立東大阪医療センター

理事長　　谷　口　和　博

住所（所在地）

商号または名称

代表者職及び氏名　　㊞

（様式３）

誓　　約　　書

私は、市立東大阪医療センターが実施する自動販売機設置事業者の募集の申込みに当たり、下記の事項に相違ないことを誓約します。

記

１　固定資産税及び都市計画税については、課税対象外であること。

２　偽りがあるときは、応募資格不適格とされても異議ありません。

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人　市立東大阪医療センター

理事長　　谷　口　和　博

住所（所在地）

商号または名称

代表者職及び氏名　　㊞

（様式5）

応　募　価　格　提　案　書

件　名　　自動販売機設置事業者募集

公募番号

金額			百万			千		円
							0	0

（取引に係る消費税及び地方消費税の額を含む）

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人　市立東大阪医療センター
理事長　　谷口和博

住所（所在地）

商号または名称

代表者職及び氏名　　㊞

（注意）

1．応募申込書と同じ「住所(所在地)」、「商号または名称」、「代表者職及び氏名」を記入してください。
2．数字は算用数字を用いてください。
3．公募番号を記入してください。
4．**金額の頭部に￥を記入してください。マーク漏れの場合は無効です。**
5．**金額の訂正は無効です。**
6．記名押印がないものは無効です。
7．応募価格は、**年額**使用料（税込み）とし、百円単位で記入してください。
8．応募価格は、当センターが設定する最低貸付料以上の金額を記入してください。
9．**必ず封筒に封入し、封筒裏面に公募番号を記入してください。**

記入例

		百万			千			円
￥	1	2	3	4	5	6	0	0