

受付印

應募申請書

令和 年 月 日

(〒 一)
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

印

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4)(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)
 - ・税務署が発行する納税証明書(国税)
(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)
 - ・各市区町村等にて発行する納税証明書(市町村民税)
「滞納がない証明書(完納証明書)」または市区町村(東京都区部の場合は都税事務所)で
発行される下記2点の納税証明書を提出
市町村民税(法人においては、法人市町村民税)について直前2年間分
土地家屋にかかる固定資産税及び都市計画税について直前2年度分
 - ・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 辻井 正彦

住所(所在地)

商号または名称

代表者職及び氏名

印

(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 辻井 正彦

住所(所在地)

商号または名称

代表者職及び氏名

印

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		0	円	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 辻井 正彦

住所(所在地)

商号または名称

代表者職及び氏名

印

(注意)

- 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。
- 数字は算用数字を用いてください。
- 公募番号を記入して下さい。
- 金額の頭部に¥を記入してください。
- 金額の訂正は無効です。
- 記名押印がないものは無効です。
- 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。
- 必ず封筒に封入してください。**

記入例

		百万			千			円	
¥	1	2	3	4	5	6	0	0	