

様式 3

第	回	番 札
---	---	-----

入 札 書

年 月 日

水戸赤十字病院
院長 野澤 英雄 様

入札者
住 所
名 称
代表者名 ⑩
(代理人名) ⑩

入札説明書・入札心得等に定められた事項を承諾の上、下記のとおり入札いたします。

金	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

※上記入札価格は消費税等（10％）を除いた金額です。

品名等：自動グリコヘモグロビン分析計および全自動糖分析装置の調達

(内訳)

品 名	数 量	単価（円）	合価（円）
※詳細は別添「内訳書」参照			