

入 札 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

所 在 地

商 号 又 は 名 称

代表者職・氏名

(代 理 人 氏 名)

印

下記の金額で契約を締結したく、一般競争入札説明書、同競争入札心得及び契約書案の各条文並びに仕様書を承諾の上、入札いたします。

記

件名：令和 7 年度から令和 8 年度までにおける
大阪はびきの医療センターのカテーテルアブレーション装置の賃貸借契約

金 額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

※入札内訳書で見積もったカテーテルアブレーション装置の賃貸借の予定総額を入札金額とする。
※入札内訳書も併せて提出すること。

- 注 1 契約期間における業務に必要な一切の諸経費を含めた総額を記入すること。
- 注 2 金額は、消費税及び地方消費税を除いた額（契約希望金額の 110 分の 100 に相当する額）であること。
- 注 3 金額を訂正しないこと。
- 注 4 金額記載の文字はアラビア字体とし、金額の頭に¥記号をつけること。

(入札書記入例)

(様式第 6 号)

入札回数を
記入

第 回

入 札 書

入札日当日の日付を記入

再度の入札は 2 回までとしますので入札書はあらかじめ 3 枚を用意してください。

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

所 在 地

商 号 又 は 名 称

代 表 者 職 ・ 氏 名

(代 理 人 氏 名)

印

下記の金額で契約を締結したく、一般競争入札説明書、同競争入札心得及び契約書案の各条文並びに仕様書を承諾の上、入札いたします。

記

入札書に記載する金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額とすること。

件名：令和 7 年度から令和 8 年度までにおける

大阪はびきの医療センターのカテーテルアブレーション装置の賃貸借契約

総 額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

※入札内訳書で見積もったカテーテルアブレーション装置の賃貸借の予定総額を入札金額とする。

※入札内訳書も併せて提出すること。

注 1 契約期間における業務に必要な一切の諸経費を含めた 3 年間（36 ヶ月）の総額を記入すること。

注 2 金額は、消費税及び地方消費税を除いた額（契約希望金額の 110 分の 100 に相当する額）であること。

注 3 金額を訂正しないこと。

注 4 金額記載の文字はアラビア字体とし、金額の頭に¥記号をつけること。

入 札 内 訳 書

【カテーテルアブレーション装置】

1ヶ月の賃貸借料金（税抜）×12ヶ月で算出すること

品 名	月 額	総 額 A	
カテーテルアブレーション 装置 一式	円	月額× 12ヶ月	円

【RF Generator II】

1回あたりの賃貸借単価（税抜）×36回/年間（予定数量）で算出すること

品 名	単価/1回あたり	総 額 B	
RF Generator II RFP-100A	円	単価× 36回/年	円

※予定数量は過去実績より算出したものであり、約束するものではない。

入札金額 A+B	予定総額 円
----------	--------

※記載する金額には消費税及び地方消費税を含まないこと。