

様式 1

応募申込書

平成 年 月 日

高砂市病院事業管理者 大野 徹 様

(〒 -)

住 所

(所在地)

氏 名

Ⓜ

(法人名及び代表者名)

電話番号

(事務担当者)

所属部署

氏 名

電 話

高砂市市民病院事務局総務課が行う自動販売機設置事業者の募集について、募集要項の各事項を承知し、次のとおり申し込みます。

1 応募物件

物件番号	所在地	設置場所	自動販売機外形寸法 (幅×奥行き)	台数
				台
				台

2 添付書類

- 応募価格提案書 (定型封筒に封入のこと。)
- 誓約書
- 販売品目一覧表
- 国税納税証明書 (個人にあつては「その3の2」、法人にあつては「その3の3」)
- 市税完納証明書
- 法令等の規定により販売について許認可等を要する場合は、許認可等の免許証の写し