

名張市長 様

住所又は所在地
 入札者 商号又は名称
 代表者職氏名 印

入 札 書

| | |
|---------------|--|
| 入札金額 (税抜き) | |
|---------------|--|

※ 金額は、アラビア数字で表示し、数字の前に¥の記号を付記すること。

件 名 保育所及び小学校給食調理員等検便検査の単価契約
 場 所 名張市 丸之内ほか 地内

(内訳)

(税抜き)

| 品 名 | 予定数量 (A) | 設計単価 | 単 価 (B) | 金 額 (A×B) |
|----------------------------------------------------|----------|---------|---------|--------------|
| ①腸内細菌検査 (赤痢菌・チフス菌・パラチフス菌・サルモネラ属菌・腸管出血性大腸菌O-157) | 2,100 検体 | 650 円 | 円 | 円 |
| ②ノロウイルス検査 (高感度検査) | 80 検体 | 6,300 円 | 円 | 円 |
| 入札金額 (①と②の合計金額) ※この金額を上段の入札金額欄に記入してください。 | | | | 円 |

上記金額で名張市契約規則 (平成 11 年名張市規則第 20 号) によって入札します。

注意事項

- ・内訳も必ず記入してください。記載がない又は記載誤りがあった場合、入札書は無効になります。
- ・単価は整数とし、設計単価以下の金額を記入してください。
- ・単価が整数でない場合は、入札書は無効になります。
- ・1つでも、設計単価を超える単価を記入した場合は、入札書は無効になります。