

誓 約 書

物品購入等に係る競争入札の参加資格に関する規程（平成7年12月奈良県告示
第425号）第2条1項に規定する欠格要件に該当しないことを誓約します。

また、入札参加資格者に決定された上は、入札への参加、契約の履行に当たっては
関係諸規則を守り、万一違反の行為があった場合は、入札参加資格取消の処分を受け
てもなんら異議のないことを誓約します。

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構

奈良県総合医療センター 院長 殿

所在地（住所）

商号又は名称

代表者氏名

印

使用印鑑届

平成 年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構
奈良県総合医療センター 院長 殿

所在地（住所）
商号又は名称
代表者氏名

印

下記の印鑑を入札及び見積りの参加並びに契約の締結、代金の請求及び代金の受領のために使用しますので届けます。

記

	入札・見積参加、契約の締結印	代金の請求・受領印
使 用 印 鑑		

(注) 法人の場合は、社印及び代表者印を押印して下さい。

支店又は営業所が上記の権限を有する場合は、それを証する書類又は本店の委任状を添付し、支店又は営業所で使用する印鑑を届けてください。
支店又は営業所の場合は、所在地及び各々の代表者名も記入して下さい。