

(様式第1号)

平成29年 月 日

池田市病院事業管理者 石田勝重 殿

応募申込書

所在地(住所)

法人名及び代表者名(氏名)

印

事務担当責任者

所属及び職名

氏名

電話

FAX

E-mail

「市立池田病院コンビニ等設置・運営に関する事業者選考プロポーザル実施要項」に基づき、応募の申込みをします。(※本申込書には、印鑑登録証明書と同一の印を押印してください。)

(添付書類)

- 1 商業・法人登記簿謄本
- 2 印鑑登録証明書
- 3 定款
- 4 決算書
- 5 納税証明書
- 6 営業に関する資格、免許等の写し
- 7 誓約書
- 8 企業概要及び事業概要

(様式第2号)

池田市病院事業管理者 石田勝重 殿

誓約書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、市立池田病院が必要と認める場合は、下記1および2について、大阪府警本部へ照会することを承諾します。

記

- 1 自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。
  - (1) 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
  - (2) 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
  - (3) 自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している者
  - (4) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、又は関与している者
  - (5) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
  - (6) 下請契約又は資材、原材料の購入契約その他の契約に当たり、その相方が上記(1)から(5)までのいずれかに該当することを知りながら、当該者と契約を締結している者
- 2 1の(2)から(6)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人ではありません。
- 3 市税等の滞納はありません。

(※本書には、印鑑登録証明書と同一の印を押印してください。)

平成 年 月 日

所在地

法人名

代表者名

印

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日

(様式第3号)

平成29年 月 日

池田市病院事業管理者 石田勝重 殿

質 疑 書

件 名	市立池田病院コンビニ等設置・運営事業者選考プロポーザル
質疑提出者	所在地 法人名 代表者名 担当者 電話番号
質疑内容	
質問	
質問	
質問	
質問	

※質問欄は、適宜、拡大又は追加をしてください。質問の意図をわかりやすく簡潔に記載願います。

※個別回答は行いません。

※回答書には原文のまま掲載しますので、誤字・脱字にご注意ください。

(様式第4号)

平成29年 月 日

池田市病院事業管理者 石田勝重 殿

企 画 提 案 書

所在地

法人名

代表者名

印

(事務担当責任者)

所属 職名

氏名

電話

F A X

E-mail

「市立池田病院コンビニ等設置・運営事業者選考プロポーザル実施要項」に基づき、下記の書類を提出します。(※本書には、印鑑登録証明書と同一の印を押印してください。)

記

1 提出資料

企画提案資料 各15部 (正1部、写し14部)

整理番号	
------	--

(様式第5号)

市立池田病院コンビニ等設置・運営使用料及び変動使用料提案書

平成29年 月 日

法人名等

代表者(職・氏名)

1. 年間使用料(現喫茶及びロビーの一部) (税抜き)

千万	百万	十万	万	千	百	十	一
¥	2	0	8	7	1	0	0

2. 年額使用料(現売店部分) (税抜き)

千万	百万	十万	万	千	百	十	一
	¥	4	6	2	7	0	0

3. 変動年間使用料

年間売上最低年間予測額	売上手数料率
	%

実際に支払う使用料に上記提案金額に消費税および地方消費税の額を加えた金額となります。売上最低年間予測額と提案率(%)を提示していただき、売上に応じて売上手数料率(%)を乗じた額が使用料となります。

4. その他(独自提案)

※変動使用料やその他（独自提案）の根拠や考え方について、説明があれば記入してください。