

入札要項書

社会福祉法人 恩賜
財団 大阪府済生会茨木病院

1. 競争入札に付する事項

- (1) 入札対象契約名称： 患者給食委託業務
- (2) 業務場所
大阪府茨木市見付山 2 丁目 1 番 45 号
仕様書に定める場所
- (3) 契約期間
令和 3 年 4 月 1 日～令和 4 年 3 月 31 日 単年
- (4) 業務内容
仕様書及び付属書類による

2. 入札の日時及び場所

- (1) 入札日時
令和 2 年 12 月 24 日（木曜日）15：00
- (2) 入札場所
大阪府済生会茨木病院 3 階 大会議室 A

3. 入札方法等

- (1) 落札者の決定は、最低価格方式をもって行う。
- (2) 入札者は仕様書に基づき契約期間内の本業務に係る一切の経費を含めた契約金額を見積るものとする。
- (3) 入札参加申請者に交付する入札書は定められた様式により作成し、本人または委任状の交付を受けた代理人が持参するものとし、郵送または電送によるものは受付しない。
- (4) 入札代理人は代表者からの委任状を必ず持参すること
- (5) 入札書は社用封筒にて封印し持参すること
- (6) 入札者が不穏な行動等で入札を公正に執行することができないと認められるとき、又は天災その他やむを得ない理由があると認められるときは、入札を延期又は中止することがある。
- (7) 入札を辞退する場合は、入札執行前であれば、その旨を入札辞退届にあたる様式 5 に記載し、直接 病院担当課に持参するものとし、入札執行中であれば入札書に入札辞退の旨を記載し投函するものとする。なお、入札を辞退した者はこれを理由として以後の指名等において不利益な取扱いを受けることはない。
- (8) 落札決定に際しては入札書に記載された金額に当該金額の 100 分の 10 に相当する額を加算した金額（当該金額に 1 円未満の端数がある時はその端数金額を切り捨てた金額）をもって落札価格とするので、入札者は消費税等額に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった契約希望金額の 110 分の 100 に相当する金額を入札書に記載すること。
- (9) 同額入札をした者が 2 社以上ある時は、直ちに該当入札者にくじを引かせて落札者を決定する。
- (10) 開札後、落札者がいない場合には、直ちに再度入札を実施するものとし、再入札は 1 回を限度とする。初回の入札で無効となった者は再入札には参加できないものとする。
- (11) 再入札後において落札者がいない場合は、最低の価格の者を最低入札者と指名し、協議の上、予定価格その他の条件を変更することなく随意契約とする。
- (12) 落札者は当院の指定する期日までに契約を締結しなければならない。
- (13) 入札者はその提出した入札書の差し替え、変更または取り消しをすることはできない。又入札後に入札説明書及び仕様書その他入札毎に示した条件等について不明を理由として異議を申し

立てることはできない。

4. 競争参加資格確認申請書の確認等

(1) 競争参加資格の確認

① 入札参加資格申請の際には、以下の書類を取り揃え提出すること。

ア 一般競争入札参加資格審査申請書（当入札要項書巻末）

イ 大阪府内公立病院ないし全国済生会において直近 3 年以内に当該業務に係わる契約の履行／受託実績を示す資料（契約書の写し等）

以上の書類を持参の上、下記受付期間中に担当部署から入札参加資格の有無について確認を受けなければならない。

(2) 一般競争入札参加資格審査申請期限

①令和 2 年 12 月 15 日から令和 2 年 12 月 23 日まで（土・日・祝を除く）

②10 時から 17 時まで、当院経営企画室で受付する

※ただし書類提出時は、予め担当部署に連絡のうえ来院日時を調整すること

(3) 入札参加資格審査結果について

入札参加資格審査結果を申請者に入札参加資格の有無をメールないし郵送にて通知する。

5. 入札手続担当部署

(1) 担当部署（問い合わせ先）

大阪府済生会茨木病院

担当者 経営企画室 中村

連絡先 TEL : 072-622-8651（代表番号） FAX : 072-627-2022

e-mail k-nakamura@ibaraki.saiseikai.or.jp

(2) 質疑応答

質疑がある場合は当要項書巻末の所定の質疑書にて受付する。受付期間は令和 2 年 12 月 21 日（月）までとし、前述担当部署へ e-mail または FAX にて問い合わせること。回答は提出から 2 日以内に回答する。回答方法は電子メールとする。

6. 入札の無効

次のいずれかに該当する場合の入札は無効とする。

①入札について不正の行為があった場合。

②入札書に記載した金額その他必要事項を確認しがたい場合、または記名捺印がない場合。

③指定の入札日時を超えて入札場所に到着した場合。

④入札書を 2 通以上提出した場合。

⑤他の入札者の代理を兼ね、2 人以上の代理をした場合。

7. 入札結果の公表

入札結果は、決定後速やかにホームページで公表します。

評価の内容、結果の詳細については一切公表いたしません。

以 上

(様式 1)

参加資格	
有	無
受付番号	番

一般競争入札参加資格審査申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人^{恩賜財団}大阪府済生会茨木病院
院長 立田 浩 殿

申請者 住 所
商号又は名称
代表者氏名

印

担当者 氏 名
電 話
F A X

入札公告のありました下記業務に係る入札に参加する資格について確認されたく公告に定められた書類を添えて申請します。

なお、添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

入札番号 済茨令 2 第 0016 号
業 務 名 患者給食委託業務

(様式 2)

質 疑 書

令和 年 月 日

社会福祉法人^思大阪府済生会茨木病院

院 長 立 田 浩 殿

(経営企画室行)

TEL : 072-622-8651 FAX : 072-627-2022

E-mail : k-nakamura@ibaraki.saiseikai.or.jp

住 所
商号又は名称
代表者氏名

㊞

- ・ 入札番号 済茨令 2 第 0016 号
- ・ 業 務 名 患者給食委託業務

業務内容	質疑応答

(様式 3)

令和 年 月 日

社会福祉法人 恩賜
財団 大阪府済生会茨木病院
院長 立田 浩 殿

住 所
商号又は名称
代表者氏名

㊞

代理者氏名

㊞

入 札 書

1. 入札番号 済茨令 2 第 0016 号
2. 業 務 名 患者給食委託業務

入札金額	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- * 上記の入札金額には、消費税及び地方消費税の額は含まない。
- * 入札金額の頭には¥を記載すること

上記の通り済生会茨木病院競争入札規程を守り入札いたします。

備考) 入札額は、この入札書に記載した金額に当該金額の 100 分の 10 を加算した
(当該金額に 1 円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てた額) である。

入 札 書 内 訳

内 訳		見込数量	単価	月 額
管理費(病院)		1	NA	
管理費(保育所)		1	NA	
小計(a)		NA	NA	
食材費 (病院)	授乳食	72		
	産科祝い膳追加料金	18		
	予備食	450		
	患者食朝	5,300		
	患者食昼	5,200		
	患者食夕	5,370		
食材費 (保育)	託児食	300		
	託児離乳食	50		
小計(b)		NA	NA	
月額(a)+(b)		NA	NA	
年 額		× 12 カ月		

「年額」と「入札金額」は一致すること

(様式 4)

令和 年 月 日

委任状

社会福祉法人 恩賜
財団 大阪府済生会茨木病院
院長 立田 浩 殿

住 所
商号又は名称
代表者氏名

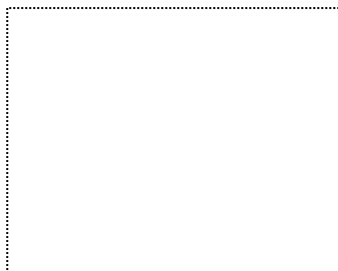
㊞

私は、 _____ ㊞ を代理者と定め、

下記業務の入札立会人の一切の権限を委任いたします。

記

- 入札番号 済茨令 2 第 0016 号
- 業 務 名 患者給食委託業務
- 入札使用印鑑



* 当委任状提出の場合、入札使用印鑑は代理者の印でも差し支えないものとする