施設使用料率提案書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設使用料率 | ％（小数点以下第２位まで記入） |

※施設使用料率（売上金額に対する割合）をご提示ください。最も高い割合を提示した者を契約の相手方として決定します。

　なお、施設使用料率の下限は５％とします。

１　事業名

　　碧南市民病院入院用品サポート業務委託事業

２　実施場所

　　碧南市民病院（愛知県碧南市平和町３丁目６番地）　２～５階病棟等

３　委託期間

　　令和３年４月１日から令和６年３月３１日まで

　募集要項の応募資格要件を満たしていることを確認し、上記のとおり提案いたします。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　住所又は所在地　〒

商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　－　　　　　　）

　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　碧南市長　　　田　政　信　様