

平成 年 月 日

支出負担行為担当官
国立障害者リハビリテーションセンター
管理部長 小河 芳弘 殿

所在地
商号又は名称
代表者氏名

印

携帯型EMGシステム一式の購入に係る
公募内容等の条件を満たす旨の意思表示について

当社は、貴センターが公募する「携帯型EMGシステム一式の購入」について応募したいので、その旨を表示します。なお、当社は下記記載の事項について相違ないことを申し添えます。

記

- 1 当社は、予算決算及び会計令第70条の規定に該当しません。
- 2 当社は、予算決算及び会計令第71条の規定に該当しません。
- 3 当社は、厚生労働省及び国立障害者リハビリテーションセンターから業務等に関し指名停止を受けておりません。
- 4 当社は、添付の資格審査結果通知書(全省庁統一資格)の写のとおり、平成22・23・24年度厚生労働省競争参加資格(全省庁統一資格)の「物品の販売」において、等級を格付けされております。
- 5 当社が取り扱う<携帯型EMGシステム>は、本公募に係る公示に掲げられた仕様・条件を満たす製品であることを証明いたします。

納入予定物品名：

(担当者)
所属部署：
氏 名：
TEL/FAX：
E-mail：