

入 札 公 告

(説明書)

次のとおり一般競争入札に付します。

令和 7 年 5 月 1 日

社会福祉法人^{恩賜}済生会西条病院

院 長 石 井 博

1. 入札概要

- (1) 件名
プライムスキャンコネクト 一式
- (2) 内容
別紙「仕様書」による
- (3) 納入場所
済生会西条病院 歯科口腔外科
- (4) 納入期日
令和 7 年 12 月末日

2. 参加する者に必要な事項

次に掲げる要件をすべて満たす者であること。

- (1) 地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 の規定に該当しない者であること。
- (2) 参加資格確認申請日から入札実施日までの間、愛媛県知事が行う入札参加資格停止の期間中でない者であること。
- (3) 法人の支部長若しくは支部長の親族（6 親等以内の血族、配偶者又は 3 親等以内の姻族）が役員に就いている業者など、法人の支部長が特別の利害関係を有する業者でないこと。
- (4) 本件の仕様に適合する物品であることを確認できる者であること。
- (5) 本件を納入期日までに納品することが可能な者（確約書要）
- (6) 200 床以上の医療機関において業務委託実績を有すること。
- (7) 同一入札に親会社・子会社（会社法第 2 条第 3 号及び第 4 号に規定）の参加があった場合には入札を制限する。

3. 本件に関する事項等

- (1) 説明書等の配付場所及び問い合わせ先
済生会西条病院 事務長 矢野 泰利 又は 用度課（0897-55-5436）鷹取
愛媛県西条市朔日市 2 6 9 - 1
電話番号 0897-55-5100 F A X 番号 0897-55-6766

(2) 説明書及び仕様書の配付

ア 配付期日

令和7年5月1日(木)～令和7年5月15日(木)

イ 配付場所

(1)に同じ。

(3) 入札実施日

ア 日時

令和7年5月19日(月) 午前11時00分～

イ 場所

済生会西条病院 2階講堂

4. その他の必要事項

(1) 本件において使用する言語及び通貨

日本語及び日本国通貨

(2) 保証金

保証金は免除する。

(3) 参加者に要求される事項

本件に参加を希望する者は、事前に参加資格確認申請書を提出すること。

なお、当該申請書の内容に関し、説明を求められた場合は、これに応じなければならない。

・提出書類

【5月15日(木)までに提出する書類】

参加資格確認申請書

登記簿謄本(写し)もしくは、官公庁入札参加証明書(写し)

直近年度分決算書(書式自由)

受託業務実績一覧

資本関係・人的関係書

【5月19日(月)当日持参する書類】

委任状(代理人の場合のみ)

入札書(3ヶ所に割印・糊つけ封印した入札書用封筒に入れたもの)

入札書・封筒の予備(2回目以降分)

名刺

・提出先 3-(1)と同様

(4) 入札の無効

2に掲げる資格を有しない者が参加した場合

参加者に求められる義務を履行しなかった者が参加した場合

説明書に違反した場合

(5) 契約書作成の要否

要 契約に至った場合には速やかに契約書を作成すること。

(6) 落札者の決定方法

予定価格の範囲内で、最低価格を提示した者を落札者とする。

予定価格の範囲内の価格での入札がないときは、再度の入札を行う。(再度入札は最低価格を下回る金額を提示のこと。最低価格を下回る入札ができない場合は辞退となる。) 入札回数は3回を限度とし、予定価格の範囲以内にて同額の提示があった場合にはくじ引きにて決定する。落札しない場合においては、最低価格提示者との見積もり協議に移行する。

(7) お願い

入札時、状況写真をとらせていただきます。目的を保管用としており目的以外に使用いたしませんのでご了承ください。