プロポーザル参加申込書

様式１

令和　　年　　月　　日

一般財団法人魚沼市医療公社

　理事長　佐藤　幸示　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名（契約権限者名）　　　　　　　印

担当者氏名

所属

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

令和　年　月　日付けで指名のありました業務に関する提案について、実施要領に基づき参加することを届け出ます。なお、参加するにあたり、下記の事項を確約します。

記

１　企画提案参加件名

一般財団法人魚沼市医療公社 職員福利厚生制度請負契約プロポーザル

２　確約事項

（１）第三者を介しての営業行為および庁舎外での折衝などは致しません。

（２）本業務に関して、他の参加者等と談合若しくは談合等と疑われる協議・行動は致しません。

（３）貴社から提供された情報は、他へは漏らしません。

（４）貴社に対して不利益となる事は行いません。

（５）上記事項に違反した場合は、提案書等の受領拒否、審査の中止等の措置をされても異議申し立てを行いません。

以上