提　案　価　格　書

下記の金額にて、市立池田病院医療情報システム更新に係るシステム調達プロポーザルに応募いたします。

令和　　年　　月　　日

医療情報システム１式（税込）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 千 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

医療情報システム保守（税込）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 千 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　ただし、保守は、７年間の合計額

池田市病院事業管理者　殿

　　　　　　　　　　　（提出者）

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

備考）

* 金額は算用数字で表示し、頭書に￥の記号を付記すること
* 消費税相当額を含む金額にて提出すること