

<서식 제1호>

입찰참가신청서				처리기간
*아래사항 중 해당하는 경우에만 기재하시기 바랍니다.				즉시
신청인	상호 또는 법인명칭		법인등록번호	
	주 소		전화번호	
	대표자		주민등록번호	
입찰개요	입찰공고 (지명)번호		입찰일자	
	입찰건명			
회사소개				
대리인 · 사용인감	본 입찰에 관한 일체의 권한을 다음의 자에게 위임합니다.		본 입찰에 사용할 인감을 다음과 같이 신고합니다.	
	성명 : 주민등록번호 :		사용인감 : (인)	
<p>본인은 위의 번호로 공고(지명통보)한 귀 병원의 일반(제한, 지명) 경쟁입찰에 참가하고자 병원에서 정한 용역 입찰유의서 및 입찰공고 사항을 모두 승낙하고 별첨 서류를 첨부하여 입찰 참가 신청을 합니다.</p> <p>붙임서류 : 공고로써 정한 서류 각 1부.</p> <p>년 월 일</p> <p>신청인 : (인)</p> <p>한림대학교성심병원장 귀하</p>				

<서식 제2호>

위임장				
대표자	성명		주민등록번호	
	주소			
	업체명		연락처	
대리인	성명		주민등록번호	
	주소			
	업체명		연락처	

본원에서 주관하는 한림대학교성심병원 ‘간병인 공급업체 선정’ 입찰참가 함에 있어 상기인을 업체의 대표자 또는 제안자의 대리인으로 위임하였음을 증명합니다.

년 월 일

대표자 : (인)

대리인 : (인)

한림대학교성심병원장 귀하

※ 첨부서류 : 재직 증명서 1부

※ 본 위임장에 사용되는 도장은 대표자 인장과 같아야 함.

※ 대리 접수로 인하여 발생하는 제반문제는 대표자 및 응모자 본인이 모든 책임을 짐

청렴계약 이행각서

당사는 한림대학교성심병원에서 시행하는 입찰과정에서 발생하는 견적제출 등 계약 전 단계 모든 과정과 입찰 및 계약에 참여함에 있어 당사 임직원과 대리인은

1. 입찰가격의 유지나 특정인의 낙찰을 위한 담합을 하거나 다른 업체와 협정, 결의 및 실사 용부서와 합의하여 입찰의 자유경쟁을 부당하게 저해하는 일체의 불공정한 행위를 않겠습니다.
 - 이를 위반하여 경쟁입찰에 있어서 특정인의 낙찰을 위하여 담합을 주도한 것이 사실로 드러날 경우 한림대학교성심병원에서 발주하는 입찰에 입찰참가자격제한 처분을 받은 날로부터 2년 동안 참가하지 않겠습니다.
 - 경쟁입찰에 있어서 입찰자간에 서로 상의하여 미리 입찰가격을 협정 하거나 특정인의 낙찰을 위하여 담합을 한 사실이 드러날 경우 한림대학교성심병원이 시행하는 입찰에 입찰참가자격 제한 처분을 받은 날로부터 1년 동안 참여하지 않겠습니다.
2. 계약체결 전단계의 모든 과정과 입찰·계약체결 및 계약이행 과정에서 관계직원에게 직·간접적으로 금품·향응 등의 부당한 이익을 제공하지 않겠으며, 이를 위반하여 입찰, 낙찰, 계약체결 및 계약이행과 관련하여 관계 직원에게 금품, 향응 등을 제공한 사실이 드러날 경우에는 한림대학교성심병원의 시행하는 입찰에 입찰참가자격제한 처분을 받은 날로부터 2년 동안 입찰에 참가하지 않겠습니다.
3. 입찰, 계약체결 및 계약이행과 관련하여 관계직원에게 금품, 향응 등을 제공한 사실이 드러날 경우에는 계약체결 이전의 경우에는 낙찰자 결정 취소, 계약이행 전에는 계약취소, 계약이행 이후에는 당해 계약의 전부 또는 일부계약을 해제 또는 해지도 감수하겠으며, 민·형사상 이의를 제기하지 않겠습니다.
4. 회사 임·직원이 관계 직원에게 금품, 향응 등을 제공하거나 담합 등 불공정 행위를 하지 않도록 내부 비리 제보자에 대해서도 일체의 불이익처분을 하지 않도록 하겠습니다.

위 청렴계약 서약은 상호신뢰를 바탕으로 한 약속으로서 반드시 지킬 것이며, 낙찰자로 결정될 시 본 서약내용을 그대로 이행하고, 입찰참가자격 제한, 계약해지 등 한림대학교성심병원의 조치와 관련하여 당사가 손해배상을 청구하거나 당사를 배제하는 입찰에 관하여 민·형사상 어떠한 이의도 제기하지 않을 것을 서약합니다.

년 월 일

서 약 자 : (인)

한림대학교성심병원장 귀하

확 약 서

○ 입찰 건명 :

본인은 사업제안서의 제반사항을 사실에 근거하여 작성하였고, 이에 따른 법률적, 재정적, 행정적 책임을 감수하겠습니다. 또한 본 사업의 사업자 선정방식 및 제안요청서의 내용과 본 입찰에 관련된 귀 기간의 방침 등에 이의가 없음을 확약하며 어떠한 법적 이의를 제기하지 않겠습니다.

그리고 한림대학교성심병원이 평가를 위해 구성한 내·외부 평가위원과 평가방법 및 평가기준에 따른 결과에 대해서도 어떠한 이의를 제기하지 않겠습니다.

년 월 일

회 사 명	
사 업 자 등 록 번 호	
주 소	
대 표 자	(인)

한림대학교성심병원장 귀하

실 적 증 명 서

신 청 인	업체명(상호)		대 표 자	
	영업소재지			
	사업자번호		전 화 번 호	
	증명서용도	실적증명	제 출 처	
사업이행 실적내용	계 약 명		분 야	
	계약개요			
	계약일자	계약기간(이행기간)		비고
증 명 서 발급기관 (의료기관)	위 사실을 증명함 년 월 일			
	기 관 명 : (직인)			허가병상수
	주 소 :			
	발급부서 :		전화번호 :	
	팩스번호 :		담 당 자 :	
註) ① 계약실적은 발주처가 증명하고, 계약서 사본을 첨부하여야 합니다. ② 계약실적내용란은 기재후 투명 접착테이프를 붙여 증명을 받아야 합니다.				