

令和元年7月16日

事業者 各位

〒520-0804  
大津市本宮二丁目9番9号  
市立大津市民病院 施設契約課契約係

電話 522-4607 FAX 522-4720

## 見積依頼書

この度、下記の物品の購入を予定していますが、契約につきましては見積り合わせにより決定いたしますので、御社(店)の見積書の提出をお願いいたします。

なお、結果の通知は、決定者への発注に替えさせていただきますのでご承知ください。

1 調達物品	<b>輸液輸血加温システム 一式</b>	
2 仕様及び指定機種		
	<b>(株)インター・ド・ジャパン製</b>	
	<b>輸液輸血加温システム</b>	一式
	<b>(内訳)</b>	<b>数量</b>
	・フルイトコンパクトコントロールユニット(規格:650100)	4台
	・フルイトコンパクト加温モジュール(規格:650200)	4台
	<b>現行修理不能品の回収・廃棄</b>	一式
	<b>搬入・設置</b>	一式
	<b>検査合格日以降1年間の無償保証対応</b>	一式
	その他事項	
	・搬入の3営業日前までに搬入時間帯の調整相談を契約係と行うこと。	
3 納入期限	令和元年9月30日	
4 納入場所	手術部	
5 見積書の提出期限	令和元年7月22日(月)	
6 見積書の提出場所	施設契約課契約係	

なお、見積りは下記の注意事項にご留意ください。

- ・見積金額には、物品の単価、合計金額(消費税及び地方消費税を除いた額)を必ず記入してください。
- ・見積金額には、搬入・据付・調整費等を含んでください。