

令和元年6月13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。

### 記

|            |                                  |
|------------|----------------------------------|
| 1 調達物品     | USハンドピース 一式                      |
| 2 仕様及び指定機種 |                                  |
|            | ニデック社製                           |
|            | USハンドピース 一式                      |
|            | (内訳)                             |
|            | ・USハンドピース CV用(規格:182411600) 2本   |
|            | 搬入・設置 一式                         |
|            | 検査合格日以降1年間の無償保証対応 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。 |
| 4 納入期日     | 令和元年8月31日                        |
| 5 納入場所     | 手術部                              |
| 6 見積書の提出期限 | 令和元年6月19日(水)                     |
| 7 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。