

平成30年4月25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も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	咽喉ファイバースコープ 一式
2 仕様及び指定機種	
	① オリンパスメディカルシステムズ [®] 製
	咽喉ファイバースコープ 一式
	(内訳)
	・咽喉ファイバースコープ(規格:LF-TP) 一式
	・搬入・設置 一式
	・検査合格日以降1年間の無償保証: 一式
	または
	② HOYA [®] 製
	咽喉ファイバースコープ 一式
	(内訳)
	・咽喉ファイバースコープ(規格:FI-16RBS) 一式
	・専用LEDバッテリー式光源装置 一式
	・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
	または
	③ 上記仕様と同等性能を有するもの
	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。
	・仕様②については仕様確認および採用決定後発注。
4 納入期日	平成30年7月31日
5 納入場所	施設契約課手術部
6 見積書の提出期限	平成30年5月7日(月)
7 見積書の提出場所	施設契約課契約係

なお、見積も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。