

仕様書

1 品名

高圧蒸気滅菌機

2 機種及び数量

次の機種を選定すること。

メーカー	品名	型式	数量
白水貿易(株)	クラスBオートクレーブ リサ 22	——	1 台

※当該機種の製造中止等が判明した場合は、当該機種の後継機種で、かつ、必要な性能、規格を満たすものであると購入所管課が認めれば、当該後継機種を納品することができる。

3 納入期限

令和 8 年 9 月 15 日（火）

4 納入場所

静岡市葵区城東町 24 番 1 号 城東保健福祉エリア 保健所棟 1 階

静岡市障害者歯科保健センター 電話 054-249-3147（城東保健福祉エリア）

5 その他

- (1) 見積金額には、納入物品の搬入、設置、調整等に係る費用を含むものとする。
- (2) 契約決定後、速やかに購入所管課担当者と打合せをすること。
- (3) 納入の際は、事前に購入所管課担当者へ連絡をすること。
- (4) 納入時に機器の調整を行い、正常動作を確認すること。併せて職員に対して操作等の取り扱い説明を行うこと。
- (5) 梱包に要した段ボール箱・ビニール等を持ち帰ること。
- (6) 使用にあたり不備が生じた場合には、速やかに対応できる体制を整えておき、誠実かつ迅速に対応すること。
- (7) 不明な点は、購入所管課担当者と協議すること。

6 購入所管課

保健福祉長寿局 健康福祉部 健康づくり推進課 障害者歯科保健センター

担当 松風・竹下

電話 054-249-3147（城東保健福祉エリア 保健所棟 1 階）

見 積 書

	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
金額										

(消費税及び地方消費税相当額を除いた金額)

ただし、

高圧蒸気滅菌機

その他仕様書のとおり

見積心得を承諾の上、見積りいたします。

令和 年 月 日

課税業者 免税業者 (該当に○)

所在地 (住所)

名 称

代表者職氏名

印

(宛先)

静岡市長