

仕 様 書			
契約No	件名	2025017032	薬用冷蔵ショーケースの購入について
業 種	2034医療・保健衛生機器類		
納入期限	令和8年3月13日(金)		
納入場所	浜松市口腔保健医療センター診療室 一階 浜松市中央区鴨江二丁目11番2号		
目 的	休日歯科診療用の薬品冷蔵庫を更新する。		
品名規格	① 薬用冷蔵ショーケース PHC MPR-S150H-PJ 165リットル		
数 量	① 1台		
同等品	可 ※オープンカウンター方式見積合せで、記載されている同等品以外のものを提案する場合は、同等品提案票を発注課へ送付し、担当者の了解を得ること。 (定義)同等品とは、規格・品質・性能等が例示品と同等以上であるものをいう。		
同等品と認めるもの	・ 設置スペースに変更がないもの。 ・ 有効内容積が同程度のもの。		
条 件 及び 注意事項	・ 納品前に検品チェックを行うこと。 ・ 納品は担当職員立会いのもと実施し、指定場所に据え付けること。 ・ 契約不適合があった場合は代替品を用意すること。 ・ 設置は平日の休診日(原則、火曜日または木曜日)に行い、作業日については担当課と協議して決定すること。		
お問い合わせ先	健康増進課口腔保健医療センター 担当 藤田 TEL:053-453-6129 FAX:053-453-3238		

送信先	課名(施設名)健康増進課口腔保健医療センター	担当 藤田
	TEL:053-453-6129	FAX:053-453-3238

同等品提案票

(提案者) 住所又は所在地
氏名又は名称
担当者氏名
連絡先(TEL)
連絡先(FAX)

同等品の 提案期限		令和7年11月17日(月曜日) 午後5時まで	
契約No	件名	2025017032	薬用冷蔵ショーケースの購入について
同等品の提案			
同等品の提案に 対する回答期限		令和7年11月19日(水曜日) 午後5時まで	
発注課確認欄		上記の提案について、【了承します。 ・ 了承しません。】←どちらかに○ 担当者 印	

・見積明細書と同等品提案票は落札候補者のみ、開札後、紙で調達課へ提出となります。