

## 仕 様 書

契約No	件名	2026003083	車椅子型アイソレーターの購入について
業 種	2034医療・保健衛生機器類		
納入期限	令和9年3月1日(月)		
納入場所	保健所感染症対策課 浜松市中央区鴨江二丁目11番2号		
目 的	1類感染症・2類感染症患者(疑似症患者)の移送時に使用します。		
品名規格	①車椅子型アイソレーター、陰圧タイプ、CIW-1500、(株)日本医化器械製作所、輸液用バー、ポンベ架台あり。		
数 量	① 1式		
同等品	<p style="text-align: center;">可</p> <p style="text-align: center;">※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。</p> <p style="text-align: center;">(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。</p>		
同等品と認めるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子型アイソレーター、陰圧タイプ</li> <li>・輸液バー、ポンベ架台あり</li> <li>・横幅64cm以下、高さ142cm以下</li> </ul>		
条 件 及び 注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 納品前に検品チェックを行うこと。</li> <li>・ 納品は担当職員立会いのもと、実施すること。</li> <li>・ 契約不適合があった場合は代替品を用意すること。</li> </ul>		
お問い合わせ先	感染症対策課感染症対策グループ		担当 江馬
	TEL: 453-6118		FAX: 453-6230

送信先	課名 : 感染症対策課	担当 : 江馬
	TEL : 053-453-6118	FAX : 053-453-6230

## 同等品提案票

(提案者) 住所又は所在地

商号又は名称

担当者氏名

連絡先(TEL)

連絡先(FAX)

同等品の 提案期限	令和8年5月15日(金曜日) 午後5時まで		
契約No	件名	2026003083	車椅子型アイソレーターの購入について
同等品の提案			
同等品の提案に 対する回答期限	令和8年5月19日(火曜日) 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 <span style="float: right;">㊟</span>		

・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。