様式第２号

質問票

年　　　月　　　日

　（宛先）

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

　次のとおり質問を提出します。（資料の添付　有り・無し）

|  |  |
| --- | --- |
| 調達案件名 | 薬品冷蔵ショーケースの調達 |
| 納入場所  (又は履行場所) | 埼玉県立循環器・呼吸器病センター  本館棟　３階東・３階西・４階東・４階西病棟 |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問１  質問２  質問３ |

※質問の内容によっては、資料等を添付してください。

※この様式により難いものにあっては、この様式に準じて別途作成してください。

様式第３号

提案協議書

年　　　月　　　日

　（宛先）

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 調達案件名 | 薬品冷蔵ショーケースの調達 |
| 納入場所 | 埼玉県立循環器・呼吸器病センター  本館棟　３階東・３階西・４階東・４階西病棟 |

　上記の物品について、仕様を満たすものとして以下の物品を提案しますので、別添のカタログ等を参照の上、確認してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 製造者名 | 規格・型番 | 定価 |
|  |  | 円 |

※定価は消費税及び地方消費税を抜いた金額とします。

※提案は、質問に対する回答を確認した後に行ってください。

※この様式により難いものにあっては、この様式に準じて別途作成してください。