様式第９号

押印不要

提案協議書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）

　　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　埼玉県立精神医療センター病院長

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 調達案件名 | ウォッシャーディスインフェクター（専用架台付）の購入 |
| 納入場所 | 埼玉県立精神医療センター内の指定の場所 |

　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。