

仕 様 書

1 品名・規格・メーカー・数量

メーカー	品名	規格	数量
コカミナルタ	イメージングユニット 黒	4062212	5 個

※上記メーカー品以外のもの（汎用品・リサイクル品等）は不可とする。

2 納入場所

広島市中区舟入幸町 1 4 番 1 1 号

広島市立舟入市民病院 1 階 薬剤科

担当： 岡井 TEL：082-232-6157 (直通)

3 納入期限

平成29年6月15日（木）

4 一般条項

(1) 納入物品は新品・未開封のものを納品すること。

(2) 受注者は、本品の納入期限を厳守するとともに、納品にあたっては、事故が生じないよう十分配慮し、疑義が生じた場合には、当院に連絡すること。

(3) 本品の搬入は、受注者において行い、その際発生する諸費用(送料等)は受注者が負担すること。

(4) 本品を当院に引き渡すまでの調整、保安及びその他必要な管理については、受注者が責任を持って行うこと。

5 検収

受注者は、納品完了後、速やかに当院の指定する者の検査を受け、本品の引渡しを行うこと。

検査の際は、発注したメーカー名・規格・型番等が明確に確認できるものを用意しておくこと。

確認できない場合は検査不合格とする。なお、検査の結果、不合格となった場合の取り換え等に要する費用は全額受注者の負担とする。

6 保証期間

本物品検査受領後1か年とする。ただし、受注者又は製造者の責任に帰する物品の破損及び故障については、保証期間終了後であっても無償修理又は良品と取り替えるものとする。

7 その他

この仕様書に定めのない事項又は疑義が生じたときは、舟入市民病院事務室職員及び受注者が協議のうえ決定するものとする。