

# 仕 様 書

この仕様書は、ソフィールキャストステップタイプ（以下「機器」という。）の購入及び納品について適用する。

## 1 品名及び数量

ソフィールキャストステップタイプ 1台

## 2 規格その他

つぎのものとし、搬入、組立、据付、調整を含む。

メーカー名等	品名	規格・型番	数量
タカラベルモント	ソフィールキャストステップタイプ	RL-SFNS-CT ES5 ミントブルー	1台

## 3 一般的条項

- ① 受注者は、機器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。
- ② 機器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。
- ③ 受注者は、機器の引き渡しの際、次の書類等を提出すること。
  - ア 機器の構造、機能及び取り扱いに関する説明書
  - イ 機器に付属する消耗品及び予備品の明細一覧表
- ④ 新品・未開封のものを納品すること。
- ⑤ 担当者の指示に従って、搬入・組立・据付・調整をすること。

## 4 納入期限

平成29年7月31日（月）

なお、納入に際し予め納入場所を確認したうえ、当院が別途指定する日時に納入すること。

## 5 納入場所

広島市立広島市民病院 中央棟3階 中央手術室【担当：石部】  
(広島市中区基町7番33号)

## 6 検査及び引き渡し

受注者は、納品及び調整完了後、速やかに事務室用度担当に連絡し、当院の指定する者の検査を受け、機器の引き渡しを行うこと。

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

の取り替え等に要する費用は、受注者の負担とする。

7 保証期間

本機器検査受領後1か年とする。ただし、受注者又は製造者の責任に帰する機器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。

8 その他

この仕様書に記載されていない事項については、当院係員と協議し決定する。