

仕 様 書

1 品名・数量及び規格その他

メーカー名	品 名	規 格	数量
エムエス	調剤印 MS オートスタンプ	5号丸日付(回転印) 上側:調剤済 下側:各自薬剤師氏名 字体:丸ゴシック(一部例外有り) 色:顔料系インク 赤	23

※印字する名前、字の大きさ等については、落札後に担当者から受け取ってください。

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 納品時、担当者の前で印影確認を行い、了承を得ること。

4 納入期限

令和元年 7月12日(金)

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 東棟地下1階 薬剤部 【担当：開】。

(広島市中区基町7番33号)(電話番号 221-2291(代表))

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、必要なものについては、当院係員と協議し良心的に施行するものとする。