

見積書提出のご案内

予定価格内の最低見積額提出者より物品を納入いただきたく、下記のとおり見積書の提出を受け付けますのでご案内いたします。

令和7年9月30日

新潟市病院事業管理者 大谷 哲也

1 概 要

- (1)品名・数量 薬用冷蔵ショーケース 1台
- (2)仕様 ①冷媒：ノンフロン ②内容量：550L以上 ③外寸：W900×D650×H1,850mm 以内
④電源：単相 100V ⑤扉：スライド仕様 ⑥搬入設置含む
⑦遠隔警報用端子があり、既存の警報システムに接続すること。
⑧納入検査確認後、1年間は通常の使用により故障した場合、無償修理に応じること。
- (3)現有品の移動 当院内所定の場所へ移動すること
(当院がまとめて廃棄処分するので、処分費用は算入しないこと)
- (4)参考銘柄 PHC株式会社 MPR-S500H-PJ

2 契約の条項を示す場所及び全ての書類の提出先、問い合わせ先等 新潟市民病院事務局管理課

3 見積書提出期限 令和7年10月10日 正午まで

4 履行期限・履行場所 令和7年11月28日 新潟市民病院 薬剤部

5 質疑書の提出について

説明会を開催しませんので、質疑事項がある場合は、下記により、必ず質疑書を提出してください。提出は、下記7 見積書提出資格要件を満たしている者に限ります。

- (1)様式 別紙1「質疑書」に準じて作成してください。
- (2)提出期限 令和7年10月3日 午後3時まで
- (3)その他 電話での受付は一切しません。
持参又はFAX（025-281-5187）での受付となります。回答は個別にFAXするほか10月7日までに新潟市民病院で掲示します。連絡用に返信用FAX番号を記入願います。

6 同等品の照会

上記1-(4)の参考銘柄以外の同等の品質、機能を有する製品（同等品）の納入を希望する場合は、下記により必要な書類等を揃えて照会し、了承を得ること。

(1)照会方法

別紙2「同等品承認願」に、該当する品名及び同等品のメーカー名、銘柄等を記載するとともに、カタログの写し等を添付する他、参考銘柄と同等の品質、機能を有することを証する資料を添付すること。

(2)照会期間 令和7年10月8日午後3時まで

(3)その他 電話での受付は一切しません。持参に限る。

(受付時間：土曜・日曜・祝日を除く、午前9時から午後5時まで)

7 見積書提出資格要件

- (1)上記見積書提出期限付で本市の競争入札参加資格者名簿（物品）に登録されており、かつ、新潟市内に本店、支店又は営業所がある者
- (2)地方自治法施行令第167条の4第1項の規定に該当しない者
- (3)指名停止措置を受けていない者
- (4)新潟市競争入札参加有資格業者指名停止等措置要領の別表2の9(暴力的不法行為)の規定に該当しない者

質 疑 書

年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

(担当者)

(電話番号)

(F A X 番号)

1 品 名 薬用冷蔵ショーケース

2 質疑事項

質 疑 事 項	

別紙 2

同 等 品 承 認 願

年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

(担当者)

(電話番号)

(F A X 番号)

1 品 名 薬用冷蔵ショーケース

同等品承認希望品
メーカー名、仕様等を記入し、カタログ等を添付。