応 札 仕 様 書

魚沼市長　内　田　幹　夫　様

住　　　　所

商号及び名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(電話： 　　　　　　　　FAX： 　　　　　　　　)

令和6年10月25日付けで入札公告のありました件について、当社が納入を予定している物品の仕様は下記のとおりです。

　この仕様は、魚沼市の定めた本件調達に係る仕様書等に定める要件を満たすことに相違ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.入札件名　　国民健康保険魚沼市立小出病院糖尿病・尿検査統合システム購入 | | | |
| 2.物品 | | | |
| No. | 一覧商品名 | メーカー名 | 型式、型番等 |
| 1 | 尿自動分析装置 |  |  |
| 2 | 尿分析装置 |  |  |
| 3 | 自動グリコヘモグロビン分析計 |  |  |
| 4 | 全自動糖分析装置 |  |  |

※性能等が確認できる資料（仕様書、カタログ等）を添付してください。

(参考品)　「別紙仕様書　６．調達機器構成表」のとおり