

# 応 札 仕 様 書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人長崎市立病院機構 理事長

申請人住所

商号又は名称

氏 名

印

物品等又は特定

役務の名称

件名 循環器用血管造影装置 (バイプレーン) の購入

当社が納入を予定している上記の案件に係る仕様は、別添のとおりです。

この仕様は、地方独立行政法人長崎市立病院機構が定めた本件に係る仕様書に定める仕様を満たすことに相違ありません。