

公募型見積合わせ公告

国立大学法人大阪大学において、次のとおり公募型見積合わせ方式に付します。

1. 調達内容

- (1) 調達番号 医病 037
- (2) 調達件名及び数量 超音波画像診断装置 Voluson E10 米国GE製3式の保守点検
(別紙仕様書のとおり)
- (3) 契約期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日
- (4) 作業実施場所 国立大学法人大阪大学医学部附属病院

2. 見積参加資格

- (1) 国立大学法人大阪大学契約規則第7条及び第8条の規定に該当しない者であること。
- (2) 本学と取引実績のある者であること。
- (3) 製造元より代理店の承認を受けている者であること。
- (4) その他経理責任者等が認めた者であること。

3. 見積書の提出場所等

- (1) 見積書の提出場所、契約条項を示す場所、国立大学法人大阪大学公募型見積合わせ方式参加者心得の交付場所及び問合せ先
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2番15号
国立大学法人大阪大学医学部附属病院 管理課 用度第二係
電話 06-6879-5126
- (2) 国立大学法人大阪大学公募型見積合わせ方式参加者心得の入手方法
本公告の日から上記3(1)の交付場所にて交付します。また、インターネットにより本学ホームページにアクセスし、参加者心得を出力することもできます。
- (3) 見積書提出期限
令和6年3月28日(木) 17:00
(郵送又は宅配便により提出する場合は提出期限までに必着のこと。)

4. その他

- (1) 契約保証金 免除
- (2) 契約書作成の要否 要
- (3) その他詳細は、国立大学法人大阪大学が定めた「国立大学法人大阪大学公募型見積合わせ方式参加者心得」に定めています。

見 積 書

調達番号：医病037

調達件名：超音波画像診断装置 Voluson E10 米国GE製3式の保守点検

見積金額 金 円也

国立大学法人大阪大学が定めた製造請負契約基準を熟知し、仕様書及び公募型見積合わせ方式参加者心得を承諾の上、上記の金額によって見積します。

令和 年 月 日

国立大学法人大阪大学 殿

住 所
会 社 名
氏 名
電話番号

[印]

- ※ 見積金額は、消費税額及び地方消費税額を除いた金額を記載してください。
- ※ 見積書の日付は、提出日を記載してください。
- ※ 本学が見積公告【2. 見積参加資格（1）（2）】以外に見積参加資格を示した場合、それを有しているかどうか証明するための書類を見積書に添付してください。