

仕 様 書

1 件 名	市立東大阪医療センターポジショニング用具一式		
2 規 格 (例示品) (品名・型式)	【品名】	【規格等】	【数量】
	ポジショニング用具一式	パラマウントベッド 他	1式
	(構成内訳、別添調達明細書のとおり)		
	※配送費を含む		
3 数 量	1式		
4 納入期限	令和6年8月30日 協議の上、納品日程を決定する		
5 納入場所	市立東大阪医療センター 各病棟		
6 支払い	納品検収合格后、一括払い		
7 その他	同等品可。但し、事前に下記購入部課に詳細資料を提示して了承を得ること		
8 購入部課	市立東大阪医療センター 事務局契約会計課		

連絡先： 市立東大阪医療センター 事務局契約会計課

担当： 野山・大島

電話06-6781-5101 FAX06-6781-2194