平成28年1月4日

入札業者　御中

鹿児島県薩摩川内市原田町２番４６号

社会福祉法人済生会川内病院

用度課長代行　橋之口　秀憲

（　公　印　省　略　）

備 品 購 入 (仕様書) の 件 に つ い て

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

早速ですが、当院としましては別紙仕様書の通り購入を計画しております。つきましては仕様書(№１５-６８)を作成しましたので、該当するものであれば下記の書類等を準備され期限までに提出して頂きますようお願い致します。また、該当しない場合は、ご面倒でも応札仕様書にその旨を記載され提出して頂きますよう重ねてお願い致します。

以上

記

・応札仕様書

・該当機種のカタログ

・備品見積書**(税込)**

・消耗品見積書

・保守に関する資料

 入札日時：平成28年1月20日（水）**14：30**

　　　　　　　　　 　入札場所：管理棟４階　第一会議室

|  |
| --- |
| 問合せ先〒895-0074　 鹿児島県薩摩川内市原田町２番４６号社会福祉法人済生会川内病院TEL 0996-22-8936(直通)　　FAX 0996-22-8949担当者 ： ＭＥ室　　　　　川 畑　栄 喜用度課　　　　　橋之口 秀 憲 |

仕様書　No.15 -68

平成28年1月4日

仕　 様 　書

Ⅰ．希望商品名　：　多人数用透析用患者監視装置　　　５式

構　　　成　：　多人数用透析用患者監視装置　　　５式

　　　　　　　　ナースコール　　　　　　　　　　５式

　　　　　　　　自動血圧計　　　　　　　　　　　５式

　　　　　　　　ダイアライザーホルダ　　　　　　５式

　　　　　　　　余　液　受　　　　　　　　　　　５式

Ⅱ．要件・機能等

1. 本装置は済生会川内病院腎センターにて使用するものであり、安全性、操作性、

耐久性並びに信頼性に優れた機器でなければならない。

1. 本装置の機能は以下の要件をみたすこと。

2-1血液透析（HD）、限外ろ過（ECUM）が行える機能を有していること。

2-2透析液供給量は毎分500ml（標準）であり、設定範囲は毎分３００～７００

 ｍｌの範囲で任意に流量を設定できること。

2-3透析液温度は３３～４０℃の範囲で任意に設定できること。

2-4除水速度は０～４．００L / ｈの範囲で任意に設定できること。

2-5漏血検出器を有し、検出感度はヘマトクリット２０％血液にて血液０．５ｍｌ/ 透析液１ℓであること。

2-6気泡検出器は超音波方式を採用し、検出感度は単独気泡で０．０２ｍｌ以上、

　 微小気泡０．０００３ｍｌ以上であること。

2-7注入ポンプは１０～３０ｍｌのシリンジが使用可能であり、注入速度は０～

　 １０．０ｍｌ / ｈの範囲で０．１ｍｌ / ｈ刻みの設定が可能であること。

2-8静脈側の圧力監視が行えること。

1. その他要件

 3-1当院が指定した納入場所において本装置及び付属全てにおいて、搬入、据付、

　　調整を含み、即使用可能状態とすること。

 3-2物件は未使用の新品であること。

 3-3本装置据付に際し新たに配管工事が必要な場合は配管工事費用のみを記載した見積書を提出すること。

 3-4下取対象物件がある場合、下取りとすること。また、下取り費用が発生する場合

　　は下取り費用のみを記載した見積書を提出すること。

1. 納入場所は済生会川内病院　腎センターとする。
2. 物件の納品完了（検収日）の期限は、平成２８年３月３１日までとする。

Ⅲ．その他

①入札機器の医療用器具に関しては、入札時点で薬事法に定められている薬事の承認を得ている物品であること。

②指定された納入場所において本体の据付、運転、調整を行うこと。但し、代理店を通じて

納品する場合、メーカー及びディーラーは必ず立ち会うこと。メーカー単独は不可。

③本装置の使用者及び関係者に対してメーカー担当者より操作説明・保守等についての説明、

教育を行うこと。

④納品引渡しは、全ての機器が正常に作動し、即使用出来る事を確認し、検収報告書（要確認）、

　取扱説明書等を提出、当院スタッフへの取扱説明した上で納品完了とする。但し、書類上不備のある場合はこれを却下する。

⑤取扱説明書等（取扱説明書・保証書・緊急連絡網・日常点検簿）を全てバインダー等にファイ

リングして提出すること。（※不備の場合は納品検収とは認めない。日常点検簿はデータとしても提出すること。）

⑥アフター体制が万全であり、緊急連絡網が確立されていること。

⑦修理・問合せ等が発生した場合、迅速に対応できること。

⑧本装置に関し、使用するであろう消耗品がある場合は、全て見積書も添付すること。

　但し、メーカーが直接納品する場合、参考価格として提出すること。

⑨保守等を締結する必要のある装置に関しては、その仕様書・見積書を添付すること。

⑩日本語の操作マニュアルを提供するものであること。

⑪本装置納品完了後１２ヶ月は無償保証期間とすること。

⑫点検が必要である機器に関しては、納品引渡し完了、１ヶ月後、６ヶ月後、１年後定期点検を

実施し、報告書を提出すること。

⑬メーカーが推奨する日常点検簿（チェック表）を添付すること。無い場合は作成すること。

⑭過去３年以内に、当院に対して納品または保守の実績があること。但し、病院側が承認した場

合は可とする。

⑮見積金額（税抜き本体）は万円単位とし、また購入決定業者は売買契約書を提出すること。

⑯本仕様に関して疑義が生じた場合には、担当者と協議しその指示を仰ぐこと。

また、本件落札の際に知り得た情報については、第三者に対して絶対に漏洩してはならない。⑰装置代金支払は、検収終了月の末締め、２ヶ月後より支払い開始とし、６ヶ月以内に完了とす

る。

以上

【様式１】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　札　書（第○回）総額(税込)で記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| （見積金額） | 一金　　　　　　　　　円 |

　　　　　　　　　入札物件名　：　○○装置　　５式　　　　　　 納品場所　：　社会福祉法人 済生会川内病院　腎センター　　　　上記の通り入札致します。・日付は入札日を記入ください・住所～は座版でも可・氏名は代表者名かつ印鑑は代表者印・代理人氏名の印鑑は代理人本人の認印　　社会福祉法人 済生会川内病院　　　院長　青﨑 眞一郎　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日住　所名称等氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　入札者が代理人の場合　（代理人氏名　　　　　　　　　　　　㊞） |

【様式２】

入札書用封筒

入札書は以下の見本を参考にした封筒に入れ、必ず糊付け封印して提出すること。

（見本）

裏

表

|  |
| --- |
| 社会福祉法人 済生会川内病院　院長　青﨑 眞一郎　殿　　　　　　　　　　　 　入　札　書機器名　○○装置 |

割印

割印

割印

**※社名等の印刷された封筒を使用すること。**

【様式３】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委　任　状　社会福祉法人 済生会川内病院　　　院長　青﨑 眞一郎　様　　私は、 を代理人と定め、下記権限を委任　します。代理人の印鑑(みとめ印)

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者使用印鑑 |  |

記1. 社会福祉法人 済生会川内病院 ○○装置一式の入札に関する一切の件

　以上・日付は入札日を記入ください・住所～は座版でも可・氏名は代表者名かつ印鑑は代表者印　　平成　　年　　月　　日住　所　　　　　　　　　　　　　　　　名称等　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |