（提案書様式３－１）

令和　年　月　日

韮崎市国民健康保険韮崎市立病院

開設者　韮崎市長　内 藤 久 夫　宛

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

機能等証明書

韮崎市国民健康保険韮崎市立病院におけるＸ線ＣＴ診断装置および画像診断ワークステーション調達事業者選定に係る公募型プロポーザル事業者選定に関し、当社が受注した際には、機器等積算内訳（提案様式４－２）に記載の機器・設備等を納入し、必要とされる付帯作業を実施します。

また、仕様書に記載されている諸条件をすべて満たしていることを保証するとともに、納入に際して正常に動作しなかった場合は、当社の費用をもって正常に動作する物品に交換し、必要とされる作業を実施します。

１　納入しようとする機器・設備等の構成表等（任意に作成・添付してください。）

機器等積算内訳書（提案様式４－２）

カタログ（パンフレット）〔主要な機器等のカタログを添付すること〕