（様式第　号）

同等品確認申請書兼確認通知書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）北茨城市民病院事業管理者　田渕　崇文

所在地

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

ＦＡＸ番号

　下記の入札につきまして、同等品で入札したいので、確認を申請いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 開札日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 件　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品目明細 | 品　名 | 例示品 | 同等品候補 | | 確認 |
| メーカー・型式等 | メーカー・型式等 | 定　価 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注　１　確認申請品の規格や価格等がわかるカタログ、定価証明書等を添付すること。

　　２　オープン価格の場合は、参考となる標準価格を記入すること。

　　３　記入欄が不足する場合は、別紙一覧にて作成すること。

　同等品確認結果は、上記「確認」欄のとおりです。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認者　所属課等

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　㊞