同等品確認申請書

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人宮城県立病院機構

　　宮城県立精神医療センター　院長　殿

 住所

 商号又は名称

 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

 担当者

 連絡先電話番号

　下記の入札について、同等品について確認を依頼します。

記

１　案　件　名　　　エアマットレス購入

２　案件公開日 　令和 ７ 年 １０ 月 １４ 日

３　添付書類等

　カタログ、サンプル等の仕様や性能が確認できるもの

|  |
| --- |
| 機構使用欄 |
| 同等品として 認める 認めない |
| 令和　　年　　月　　日氏名　　　　　　　　印 |