

見 積 書

市立宇和島病院
宇和島市病院事業管理者 様

令和 年 月 日

住所
氏名 印

物件名		ベンチベッド					
No	品名	規格・仕様	メーカー・型式		数量	単価	金額
1	ベンチベッド	色については決定 後相談	(指定)	高田ベッド TB-1410	5 台		
見積金額(税抜合計)							
備考							

使 用 科 ; 病棟
納入場所 ;
希望納期 ; 令和9年1月29日

納入期限 ; 令和 年 月 日
※希望納期以内に納入できる場合は記載不要

注)金額は税抜を記入すること
以上、搬入・据付・調整費等、通常に使用できるためのすべての費用を含む。
現有機の地下までの運搬費用を含む。廃棄費用は含まない。