

佐久市立国保浅間総合病院テレビ付床頭台賃貸借

プロポーザル実施要領

1 業務概要

(1) 趣旨

佐久市立国保浅間総合病院において、各病床へテレビ付床頭台の設置を行い、アメニティの向上をし、患者へのサービス向上を行う。

(2) 発注者

佐久市立国保浅間総合病院

(3) 事務局

佐久市立国保浅間総合病院 総務課 用度係

〒385-8558 長野県佐久市岩村田 1862-1

電話：0267-67-2295（内線 2306）

FAX：0267-68-4010

(4) 選定された契約者の役割

製品の入替及び、切替え作業を行う。（業者変更の場合）
視聴に係る手続きを行う。

作業の際は、患者への十分な配慮を行うこと。

(5) 契約期間

契約日から令和 11 年 3 月 31 日

2 プロポーザル等の日程（予定）

令和 5 年度 11 月 2 日公告

公告日～11 月 17 日参加申請書受付

公告日～11 月 20 日質問書受付

11 月 22 日 までHPにて随時回答

11 月 27 日 提案書提出期限

12 月中旬 プレゼンテーションの開催

同日審査。1 週間以内に選考結果通知送付予定

3 参加資格

(1) 事業提案の参加者に要求される資格要件

- ア 地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4の規定に該当しない者であること。
- イ 代表者、会社においては国税、県税及び市町村税に滞納が無い者であること。
- ウ 過去5年間に医療機関において当該業務実績があること。
- エ 佐久市物品購入等入札参加登録者に係る入札参加等停止措置要綱(平成24年8月21日告示第109号)に基づく入札参加等停止期間中の者でないこと。

(2) 参加申込時提出書類

- ア 参加資格審査申請書(様式第1号)
- イ 誓約書
- ウ 納税証明書
- エ 業務実績書
- オ 商業登記簿謄本
- カ 過去の実績を証するもの

*佐久市物品購入等入札(見積)参加登録者はイ、ウ、エ、オは不要。

(3) 提出方法

令和5年11月17日(金)午後5時までに事務局へ持参又は郵送
提出書類確認後プレゼンテーション開催通知発送

(4) 提出先

〒385-8558
長野県佐久市岩村田1862-1
佐久市立国保浅間総合病院 総務課 用度係

4 質問書の提出と回答

(1) 質問書

質問期間 : 令和5年11月2日(木)～令和5年11月20日(月)

質問方法 : 電子メール。

件名を「プロポーザル質問書(企業名) 用度係宛」とする。

宛先 : E-mail : asama-soumu@city.saku.nagano.jp

(2) 質問に対する回答

回答日時 : 令和5年11月22日(水)まで 随時病院HPにて掲示。

URL : <http://www.asamaghp.jp/>

5 プレゼンテーションの開催

- (1) 日時及び場所 : 令和 5 年 12 月中旬予定。審査委員と調整後別途通知。
佐久市立国保浅間総合病院 中央棟 4 階 講堂
待機場所 中央棟 4 階 会議室
- (2) 順番は事前に申請順にくじ引きとする。
- (3) 1 社 30 分 (20 分説明、10 分質疑応答) 以内とする。
- (4) 入室者は 1 社 4 人以内とする。
- (5) 配布資料 (提案書) は事前提出とする。
- (6) プロジェクターは病院備付品を使用とする。
- (7) プレゼンテーション、提案書内容は、別紙採点項目に沿って行うこと。
- (8) 実機等を用いてプレゼンする場合は事前に連絡し、当日搬入とする。

6 最優秀提案者の選定

- (1) 審査基準については、別紙「佐久市立国保浅間総合病院テレビ付床頭台貸借業務技術提案者審査委員会設置要領」に基づき、当院職員で構成する審査委員会が審査する。
- (2) 審査の結果及び決定については、令和 5 年 12 月 20 日 (予定) までに書面にて個別に通知する。

7 その他

- (1) 本プロポーザル業務に係る費用は、すべて提案者の負担とする。
- (2) 参加資格審査申請書及び提案書が、次の条件に該当する場合は無効とする。
 - ア 提出方法、提出先及び提出期限に適応しないもの。
 - イ この要領に指定する作成様式や記載上の留意事項に示された条件に適合しないもの。
 - ウ 記載すべき事項が記載されていないもの。
 - エ 虚偽の内容が記載されているもの。
- (3) 本実施要領公表の日から最優秀提案者の選定通知日までの間、担当部署及び関連部署関係職員に対する営業活動を禁止する。但し、事務局から機能等に関する説明を求められた場合はこの限りでない。
- (4) 最優秀提案者決定後、仕様内容を精査した後、見積書において契約締結とする。

様式第1号

令和 年 月 日

技術提案参加資格審査申請書

佐久市立国保浅間総合病院
佐久市病院事業管理者 様

申請者	所在地		
	商号又は名称		
	代表者名		印
	連絡先	電話	
		FAX	
		E-mail	
	担当者職・氏名		

佐久市立国保浅間総合病院が発注する佐久市立国保浅間総合病院テレビ付床頭台賃貸借のプロポーザルに仕様内容等を理解したうえで参加するために、資格確認を受けたいので、指定の書類を添えて申請します。

なお、この申請書及び添付書類の記載事項については、事実と相違ないことを誓約します。