

仕 様 書

1. 件名

医療機器定期点検

2. 導入に求める機能・仕様

点検機器名：・ベッドサイドモニタ

- ・医用テレメータ
- ・セントラルモニタ
- ・人工呼吸器
- ・送信機
- ・デフィブリレータ

点検時間帯：月曜日から金曜日 9:00～17:40

但し、年末年始、祝祭日は除く

契約プラン：シンプルプラン

対象機器：サービス申込書（契約書）に記載

契約内容：現地訪問点検、調整

HCUにて稼働中のモニタのバッテリー交換料金を含むこと

技術料、基本料、出張料を含むこと

点検回数：年1回

点検日程：具体的な日時は協議して決定すること

以上