

見積書提出依頼書

下記のとおり見積合わせを実施しますので、参加を希望される場合は、期限までに見積書を提出してください。

記

1 件名等

| No. | 品名 | 規格・数量 |
|-----|--------------------------|--------|
| 1 | Desalkylflurazepam以下10品目 | 別紙のとおり |

2 納入期限

令和6年8月2日

3 納入場所

石川県金沢市鞍月1-1 石川県警察本部刑事部科学捜査研究所

4 見積書提出期限

令和6年7月8日(月)午後3時

5 その他

(1) 見積書の様式は問いませんが、以下の点に留意してください。

ア 宛名は「石川県警察会計担当官」としてください。

イ 日付については、提出日を記入してください。

ウ 「Desalkylflurazepam以下10品目」として総額(消費税額を含む。)を記載した見積書を提出される場合には、消費税額が分かるよう記載してください。

なお、上記見積書にて契約決定した場合は、内訳書の提出が必要となります。

エ 石川県警察会計担当官宛ての見積書への代表者印、社印等の押印については、省略できることとします。

この場合、

(ア) 「書類の発行者(代表者)」の氏名及び連絡先

(イ) 「本件事務担当者」の氏名及び※連絡先

※ 連絡先が(ア)と同一の場合は省略可

を必ず記載してください。

(2) 参考例示品以外で見積書を提出する場合は、下記お問い合わせ先担当に必ず承認を得てください。

承認を得ずに提出された見積書は無効とします。

(3) 契約決定業者には担当係から連絡いたします。

【お問い合わせ先】

石川県警察本部会計課 (076-225-0110 内線2214 担当:福井)

別紙

| | 品名 | 規格 | 数量 |
|----|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Desalkylflurazepam | Cerilliant D-915-1ML 1mg/ml | 1 |
| 2 | Nemorexant | コスモバイオ A12685-1 1mg | 1 |
| 3 | α -Hydroxyetizolam solution | Cerilliant H-129-1ML 100 μ g/ml | 1 |
| 4 | α -Hydroxymidazolam | Cayman 10385 1mg | 1 |
| 5 | ガスマッチ | アスワン 1-1701-32 ミニ | 3 |
| 6 | マッチ | アスワン 65-5785-16 | 1 |
| 7 | ライター | アスワン 62-6497-71 3本入り | 2 |
| 8 | NCボックス # 13 | アスワン 61-3519-67 | 4 |
| 9 | β -Glucuronidase from E.coli | sigma-aldrich G7396-125KU | 1 |
| 10 | ピペットチップ(epTIP) | アスワン 2-4875-13 リロード ² 2 \sim 200 μ L(96本/トレイ*10個) | 8 |