

医療機器共同利用契約書

委託者(甲)	
受託者(乙)	医療法人慈風会 厚地脳神経外科病院

下記の通り委託契約を致します

業務委託	CT および MRI の共同利用
料金	CT:9,000円(税込) MRI:13,300円(税込)
支払時期及び方法	料金の支払いについては、乙が内訳書および請求書を作成し、指定した支払い期日内に甲が乙の指定する口座に振り込む
契約開始日	令和 年 月 日

住 所 :

(甲) 医療機関名:

代 表 者 :

住 所 : 〒892-0842 鹿児島県鹿児島市東千石町4-13

(乙) 医療機関名: 医療法人慈風会 厚地脳神経外科病院

代 表 者 : 院長 永山 哲也

※ 本書は2通作成し、甲・乙それぞれ1通所持するものとする。