



T.C.  
ANTALYA VALİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Manavgat Devlet Hastanesi



SAYI : 98177073 / 934.01 1160  
KONU: 6 KALEM TIBBİ İLAÇ ALIMI

29.05.2023

SAYIN.....

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazan mal/hizmet/yapım işi 4734 sayılı KİK'in 22/d (Doğrudan Temin) yöntemi ile satın alınacaktır.  
Firmanız tarafından temini mümkün ise **31.05.2023** saat **08:00** 'a kadar hastanemiz satınalma birimine teklif verilmesi hususunda;  
Gereğinin yapılmasını rica ederim.

**DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR VE ALIM ŞARTLARI**

- 1- Teklif edilen fiyat KDV HARIÇ TL olarak belirtilecektir.
- 2- Teklif esas malzemelerin kalite ve markası ile teslim müddeti açıkça belirtilecektir.
- 3- Taahhüt edilen süre içerisinde malzeme/hizmet/yapım işinin teslim edilmemesi halinde ilgili firmadan bir defaya mahsus olmak üzere 3 ay süre ile teklif alınmayacak, bu haline tekrerrüt etmesi halinde 4734 sayılı K.İ.K.hükümleri uygulanacaktır.
- 4- İhaleye hile, desise, vait, tehdit, nüfus kullanma suretiyle ihaleye fesat karıştıranların tespit edilmesi halinde yine 4734 sayılı K.İ.K. 'in ilgili hükümleri uygulanacaktır.
- 5- Teslimatta, teklife davet mektubunda belirtilen kalite ve marka esas alınacak, benzer, muadili vb. ifadelerle teslim etmeye yeltenenlerin teslimleri kabul edilmeyecek ve bir dahaki ihale için teklife davet mektubu gönderilmeyecektir.
- 6- Bu mektupla birden fazla için teklife davet mektubu gönderilmiş ise her kalem için teklif fiyatı yazılacak, eksik teklifler değerlendirilmeyecek,
- 7- Teklif veren firma bütün bu şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır
- 8- Malzeme/hizmet/yapım işi bedeli, muayene ve kabul işlemlerinden sonra 150 gün içerisinde Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Muhase Birimi tarafından yapılacaktır. Kurum hesaplarında nakit sıkışıklığı söz konusu olursa yıl içerisinde ödemesi yapılacaktır.
- 9- **Doğrudan temin usulu alım yapılacak olan alımımız** **BİRİM BEDEL** üzerinden değerlendirme yapılacaktır.
- 10- Bu teklife davet mektubuna olumlu ya da olumsuz mutlaka **31.05.2023** tarihinde saat **08:00** a kadar m-satinalma@hotmail.com 'a mail atılacak veya elden Manavgat Devlet Hastanesi SATIN ALMA birimine cevap verilecektir.

**11- Teklif veren firma teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayılacaktır.**

|                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ALIMINA ÇIKILAN<br>MALZEMELER<br>HAKKINDA DETAYLI<br>BİLGİ ALMAK İÇİN | TELEFON : 0 242 746 11 17 |
|                                                                       | ECZANE BİRİMİ             |
|                                                                       | DAHİLİ : 1403-1421        |

Ayhan DEMİRTAŞ  
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü

| SIRA NO      | MALZEMENİN ADI                     | MİKTARI | BİRİMİ | SUT KODU /<br>TEKNİK<br>ŞARTNAME | MARKA / MODEL /<br>U.B.B KODU | BİRİM<br>FİYAT | TOPLAM<br>FİYAT |
|--------------|------------------------------------|---------|--------|----------------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------|
| 1            | KARBAKOL 0.10 MG/ML SOLÜSYON       | 10      | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| 2            | DİGOKSİN 0.5 MG/2ML AMPUL          | 30      | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| 3            | PARASETAMOL 120 MG SUPUZİTUVAR     | 600     | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| 4            | SİKLOPENTOLAT HCL %1 5 ML DAMLA    | 40      | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| 5            | HUMAN ALBÜMİN %20 100 ML IV FLAKON | 100     | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| 6            | KAPTRÖİL 50 MG TABLET              | 1.200   | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| GENEL TOPLAM |                                    |         |        |                                  |                               |                |                 |

NOT: Teklif edilen Yedek Parçalar / Bakım Onarım Hizmetleri İşin kabulünden itibaren en az 1 yıl Garanti verilecektir.

NOT: MALZEME TESLİM SÜRESİ ..... GÜNDÜR

NOT: ..... SAYFA TEKNİK ŞARTNAME

BU BELGE VE TEKNİK ŞARTNAME AŞAĞIDAKİ LİNKTE YER ALAN WEB SİTESİNDE GÖRÜLEBİLİR.

<https://ihaleportal.antalyasm.gov.tr/IFrames/ManavgatDH>

Teklif verdiğim kalem/kalemler teklif formunun ekindeki teknik şartnameye uygundur.

KAŞE - İMZA

İletişim:  
ADRES : Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA  
TEL : 0 242 746 11 17 Dahili ( 1346 - 1506 )  
FAX : 0 242 746 44 80

e - Posta : m-satinalma@hotmail.com  
e - Posta : manavgatsatinalma07@gmail.com  
Elektronik Ağ : www.manavgatdh.gov.tr