



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



SAYI : 98177073 / 934.01

4160

KONU: 4 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

30/05/2024

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

05/06/2024

saat

09:00

'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- Teklife 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 tekrerrür 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
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 yada olumsuz mutlaka 05/06/2024 tarihinde saat 09:00 a kadar m-satinalma@hotmail.com 'a mail atılacak veya elden Manavgat Devlet Hastanesi SATIN ALMA birimine cevap verilecektir.
- 11- İlgili piyasa araştırmasına teklif veren firma teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayılacaktır.

ALIM HAKKINDA DETAYLI BİLGİ ALMAK İÇİN	TELEFON : 0 242 746 11 17
	AMBAR-AYNIYAT BİRİMİ
	DAHİLİ : 1367

Cavit ÇESUR
İdari ve Mali Hizmetler Müdür V.

SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT	TOPLAM FİYAT
1	0 RH. POZİTİF KAN GRUBU KARTI	500	ADET				
2	0 RH. NEGATİF KAN GRUBU KARTI	300	ADET				
3	A RH. NEGATİF KAN GRUBU KARTI	300	ADET				
4	A RH. POZİTİF KAN GRUBU KARTI	500	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

Elektronik Ağ: www.manavgatdh.gov.tr

KAN GRUBU KARTI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1- Kart üzerinde ;

- Kurum ismi
- Lab.No
- Tarih
- İmza
- Ad Soyad
- Grub ismi gibi çeşitli bilgiler olmalıdır.

2- Kart 8cm x 5cm boyutlarında olmalıdır.

3- Kartlar yerli Bristol karton üzerine renkli baskı olmalıdır.

4- 100' lük paketler halinde paketlenmelidir.

Not: Örnek kart verilecektir.

22.05.2024

Manavgat Devlet Hastanesi
Halil KURU
Mikrobiyoloji ve Kan Merk. Sor. Tek.

500

300

F-BT-059

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Manavgat Devlet Hastanesi
KAN MERKEZİ

GRUP A

LAB. NO :
TARİH :
İMZA :

A Rh. NEGATİF

Adı Soyadı :
~~Adresi~~ :

F-BT-059

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Manavgat Devlet Hastanesi
TRANSFÜZYON MERKEZİ

GRUP A

LAB. NO :
TARİH :
İMZA :

A Rh. POZİTİF

Adı Soyadı :
~~Adresi~~ :

300

500

F-BT-059

T.C.
Sağlık Bakanlığı
Manavgat Devlet Hastanesi
KAN MERKEZİ

GRUP O

LAB. NO :
TARİH :
İMZA :

O Rh. NEGATİF

Adı Soyadı :
~~Adresi~~ :

F-BT-059

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Manavgat Devlet Hastanesi
TRANSFÜZYON MERKEZİ

GRUP O

LAB. NO :
TARİH :
İMZA :

O Rh. POZİTİF

Adı Soyadı :
~~Adresi~~ :

Adresi kısımları yer almayacak