



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



SAYI : 98177073 / 934.01 7598

KONU: 1 KALEM KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

31.07.2025

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. Firmamız tarafından temini mümkün ise 5.08.2025 saat 10:00 '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
- 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 yada olumsuz mutlaka 5.08.2025 tarihinde saat 10:00 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.

|                                                               |                                  |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>ALIM<br/>HAKKINDA<br/>DETAYLI<br/>BİLGİ ALMAK<br/>İÇİN</b> | <b>TELEFON : 0 242 746 11 17</b> |
|                                                               | <b>AMBAR-AYNİYAT BİRİMİ</b>      |
|                                                               | <b>DAHİLİ : 1367</b>             |

Mustafa ÖZDEMİR  
İdari ve Mali İşler 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            | PALYATİF BAKIM BİRİMİ HASTA İZLEM FORMU<br>(RENKLİ)(ÇARŞAF DOSYA) | 2.500   | ADET   |                                  |                               |                |                 |
| GENEL TOPLAM |                                                                   |         |        |                                  |                               |                |                 |

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

NOT: MALZEME TESLİM SÜRESİ ..... GÜNDÜR

NOT: ..... SAYFA TEKNİK ŞARTNAME

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

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

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teklif verdiğim kalem/kalemler teklif formunun ekindeki teknik şartnameye uygundur.</b> |
| <b>KAŞE - İMZA</b>                                                                         |

İletişim:

ADRES : Şehale 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](http://www.manavgatdh.gov.tr)

## PALYATİF BAKIM BİRİMİ HASTA İZLEM FORMU ŞARTNAMESİ

- 1.Renkli baskı olmalıdır.
- 2.En 21 cm x boy 30 cm ebatlarında olmalıdır.
- 3.Form içeriğindeki hücre aralıkları formda yazıldığı gibi 2-0,5-0,6 cm şeklinde olmalıdır.
- 4.Çarşaf dosya şeklinde olmalıdır (Tek bir form haline getirilecek çarşaf dosyadaki toplam sayfa sayısı arkalı önlü tekli 6 adet sayfa boyutuna eşdeğerdir).
- 4.Form örnekteki gibi olmalıdır.
- 5.Basım aşamasındaki yönlendirmeler ve formun son onayı palyatif servis sorumlusundan alınacaktır.

Manavgat Devlet Hastanesi  
Gülsüm Korkmaz KAHRAMAN  
Palyatif Bakım Sorumlu Hemşiresi