



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



SAYI : 98177073 / 934.01

7612

KONU: 3 KALEM TIBBİ SARF MALZEME ALIMI

SAYIN.....

1.08.2025

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

6.08.2025

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. Türk Lirası dışındaki para birimleri ile gönderilen teklifler değerlendirme alınmayacaktır.
- 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 tekrür etmesi halinde 4734 sayılı K.I.K.hükümleri uygulanacaktır.
- 4- İhaleye hile, desise, vait, tehdit, nüfus kullanma suretiyle ihaleye fesat karıştıranların tespit edilmesi halinde yine 4734 sayılı K.I.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 **6.08.2025** tarihinde saat **09:00** 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 ekindeki teknik şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayılacaktır.

ALIMINA ÇIKILAN MALZEMELER HAKKINDA DETAYLI BİLGİ ALMAK İÇİN	TELEFON : 0 242 746 11 17
	TIBBİ SARF DEPO
	DAHİLİ : 1421

İdari ve Mali İşler Müdürü

BU ALAN PIYASA FİYAT ARAŞTIRMASINA TEKLİF VEREN FIRMA
TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	SUT KODU / TEKNİK ŞARTNAME	MARKA / MODEL / U.B.B KODU	BİRİM FİYAT (TL)	TOPLAM FİYAT (TL)
1	SU ARITMA CİHAZI FİLTRESİ TERS OSMOZ MEMBRAN (40X40 MM)	1	ADET				
2	SU ARITMA CİHAZI FİLTRESİ TERS OSMOZ MEMBRAN (40X21 MM)	1	ADET				
3	EKG KAĞIDI Z KATLI 210 MMX140 MM (BİOCARE MARKAYA UYUMLU)	500	ADET				
GENEL TOPLAM							TL

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 LİNKTE YER ALAN WEB SİTESİNDE GÖRÜLEBİLİR.

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

BU ALAN PIYASA FİYAT ARAŞTIRMASINA TEKLİF VEREN FİRMA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.	Teklif verdiğim kalem/kalemler teklif formunun ekindeki teknik şartnameye uygundur.
	KAŞE - İMZA
	BU ALANA KAŞE-İMZA YAPINIZ.

İletişim:

ADRES : Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA

TEL : 0 242 746 11 17 Dahili (1346 - 1506)

e -Posta: m-satinalma@hotmail.com

Elektronik Ağ: www.manavgatdh.gov.tr

EKG KAĞIDI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Biocare İE 12 A marka EKG cihazına uyumlu olmalıdır.
2. Kağıtlar kolay kopabilir özellikte olmalıdır.
3. 210mm*140mm boyutunda 140 sayfa olmalıdır.
4. Yatay ve dikey çizgileri olmalıdır.
5. Kağıt Z katlamalı şeklinde olmalıdır. Çekim sırasında kıvrılmamalıdır.
6. Termal üretilmiş olmalıdır.
7. Faturada UBB kodu yazılı olmalıdır.
8. Ürün numune üzerinden değerlendirmesi yapılarak alımı yapılacaktır.

Şerife ÖZCAN
Biyomedikal Müh.

Ayşe ÖZDEMİR
Tıbbi Sekreter

MANAVGAT DEVLET HASTANESİ

SU ARITMA CİHAZI FİLTRESİ TERS OSMOZ MEMBRAN (40 X 40 MM)

SU ARITMA CİHAZI FİLTRESİ TERS OSMOZ MEMBRAN (40 X21 MM)

TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. kalem membran RİVAMED marka HD RO 1000 model su arıtma yumuşatma cihazına uygun olmalıdır. 40x40 boyutunda olmalıdır. Günlük 1900-2600 GPD arasında üretim yapabilmelidir.
2. RİVAMED marka RM100 model seyyar su arıtma cihazına uygun olmalıdır. 40 x 21 mm boyutunda olmalıdır. Günlük 1900-2600 GPD arasında üretim yapabilmelidir.
3. Tuz arıtımı %99,4 - %99,6 arasında olmalıdır.
4. Maksimun 900 psig de çalışabilir olmalıdır.
5. Ph 3 - 10 arasında olan su ile çalışabilir olmalıdır.
6. Maksimun 45 °C su ile çalışabilir olmalıdır.
7. Membran materyali spiral sargılı kompozit polyomide, thin film kompozit veya polisülfon olmalıdır.
8. Diyaliz su standartlarında su üretimi yapmalıdır.
9. Montajı yapıldıktan ve üretime alındıktan sonra 20 µs/cm altında iletkenlik olmalıdır.
10. Ürünler en az 6 ay garantili olacaktır.
11. Orijinal sıfır, hiç kullanılmamış ürünler olacaktır.
12. Alım yapılan malzemenin numune üzerinden (talebi yapan birim-muayene komisyonu tarafından) denemesi yapılarak uygunluk verilecektir. Hastanemiz bu maddeye dayanarak alımı iptal etme yetkisine sahiptir.
3. Malzemenin, UBB barkod numarası yazılı faturanın teslim yeri Biyomedikal depodur.
14. Teklifler ile birlikte Satış yeri yeterlilik belgesi ve TİTUBB/ÜTS kayıtları; Malzemenin üretici, marka, model bilgileri yazılı olarak verilmelidir.
15. Fatura içeriğinde ürün isimleri yapılan talep ile birebir aynı olacaktır.
16. TİTUB/ÜTS'ye tabi ürünlerin barkod numarası faturada yazılacaktır.

30.07.2025
Şerife ÖZCAN
Biyomedikal Müh.

30.07.2025
Tolga ÖZTİN
Biyomedikal Tek.

30.07.2025
İlkay UZ
Diyaliz Sör.