



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



SAYI : 98177073 / 934.01

8158

KONU : 3 KALEM AVADANLIK VE YEDEK PARÇA ALIMI

11.11.2025

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. Firmanız tarafından temini mümkün ise **17.11.2025** 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 TÜRK LİRASI olarak belirtilecektir. Türk Lirası dışındaki para birimleri ile verilen teklifler değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- 2- Teklife esas malzemelerin kalite ve markası ile teslim müddeti açıkça belirtilecektir.
- 3- Sipariş verildikten sonra 20 günlük süre içerisinde malzemenin teslim edilmemesi halinde ilgili firmadan bir defaya mahsus olmak üzere 3 ay süre ile teklif alınmayacaktır.
- 4- İhaleye hile, desise, vait, tehdit, nüfus kullanma suretiyle ihaleye fesat karıştırılanların 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 yetlenenlerin teslimleri kabul edilmeyecek ve bir dahaki alım için teklife davet mektubu gönderilmeyecektir.
- 6- Malzeme 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.
- 7- Doğrudan Temin usulü alım yapılacak olan alımlarımız BİRİM BEDEL üzerinde değerlendirme yapılacaktır.
- 8- Teklif veren firma bütün bu şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır
- 9 Bu teklife davet mektubuna mutlaka **17.11.2025** tarihi saat **09:00** a kadar m-satinalma@hotmail.com / manavgatsatinalma07@gmail.com'a mail olarak atılacak veya elden Manavgat Devlet Hastanesi SATIN ALMA birimine teslim edilecektir.

10 İlgili piyasa araştırmasına teklif veren firma teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğu kabul etmiş sayacaktır.

ALIMINA ÇIKILAN MALZEMELER HAKKINDA DETAYLI BİLGİ ALMAK İÇİN	TELEFON : 0 242 746 11 17
	TEKNİK SERVİS
	DAHİLİ : 1407 - 1406

Emir B. ŞEN
İdari ve Mali İşler Müdürü V.

				BU ALAN PİYASA ARAŞTIRMASINA TEKLİF VEREN FİRMA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.		
SIRA NO	MALZEMENİN ADI	MİKTARI	BİRİMİ	MARKA / MODEL / U.B.B / BARKOD KODU	BİRİM FİYAT (KDV HARIÇ TL)	TOPLAM FİYAT (KDV HARIÇ TL)
1	STİMÜLASYON CİHAZI ELEKTRODU 5X5 CM ÇOK KULLANIMLIK	5.000	ADET			
2	VENTİLATÖR CİHAZI ANA KARTI	1	ADET			
3	KARYOLA HAREKET MOTORU	2	ADET			
GENEL TOPLAM (KDV HARIÇ TÜRK LİRASI)						TL

NOT: Teklif edilen Yedek Parçalar için işin kabulünden itibaren en az 1 yıl Garanti verilecektir.

NOT: MALZEME TESLİM SÜRESİ 10 İŞ GÜNÜDÜR

NOT: SAYFA TEKNİK ŞARTNAME

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

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

BU ALAN PİYASA ARAŞTIRMASINA FİYAT TEKLİFİ VEREN FİRMA TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.	Teklif verdiğim kalem/kalemler teklif formunun ekindeki teknik şartnameye uygundur.	Bu alan dışında atılan kaşe imzalı teklifler değerlendirilme dışı bırakılacaktır.
	KAŞE - İMZA	
	BU ALANA KAŞE VE İMZA ATINIZ.	
Bu alana kaşe-imza atan firma, teklif formunun ekinde teknik şartname varsa bu şartnameye uyduğunu kabul etmiş sayacaktır.		

İletişim:

ADRES : Şelale Yolu Üzeri Manavgat/ ANTALYA
Elektronik Ağ: www.manavgatdh.gov.tr

TEL : 0 242 746 11 17 Dahili (1346 - 1506)
e-MAIL : m-satinalma@hotmail.com

MANAVGAT DEVLET HASTANESİ
VENTİLATOR CİHAZI ANA KARTI
TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. VELA marka CAREFUSION model ventilatör cihazına uyumlu olmalıdır.
2. Malzemenin montajı bakım firması tarafından yapılacaktır.
3. ORJİNAL sıfır, hiç kullanılmamış ürünler olacaktır.En az 1 yıl garantili olmalıdır.
4. Alım yapılan malzemenin numune üzerinden (talebi yapan birim-muayene komisyonu tarafından) denemesi yapılarak uygunluk verilecektir. Hastanemiz bu maddeye dayanarak alımı iptal etme yetkisine sahiptir
5. Malzemenin, UBB barkod numarası yazılı faturanın teslim yeri Biyomedikal depodur.
6. Teklifler ile birlikte Satış yeri yeterlilik belgesi ve TİTUBB/ÜTS kayıtları; Malzemenin üretici, marka, model bilgileri yazılı olarak verilmelidir.
7. Fatura içeriğinde ürün isimleri yapılan talep ile birebir aynı olacaktır.
8. TİTUB/ÜTS'ye tabi ürünlerin barkod numarası faturada yazılacaktır.

3.11.2025
Şerife ÖZCAN
Biyomedikal Müh.

3.11.2025
Osman YILMAZ
Biyomedikal Tek.

3.11.2025
Sibel KAÇAR
Yoğun Bakım Sor.

MANAVGAT DEVLET HASTANESİ
STİMÜLASYON CİHAZI ELEKTRODU 5X5 CM ÇOK KULLANIMLIK
TEKNİK ŞARTNAMESİ

NOT:Numune değerlendirmesi yapılacaktır.Fiyat teklifi verecek firmaların numune göndermesi gerekmektedir.

1. Elektrod üzerinde elektrod kablosunun takılabilmesi için en az 2-3 cm uygun kablo girişi olmalıdır.
2. Elektrod üzerinde uzun süre kullanım ve iyi iletkenlik için karbon film olmalıdır.
3. Elektrod üzerinde yapışma özelliğini sağlayan jeli olmalıdır.
4. Elektrod en az 15-20 tedavi seansı kullanılabilir olmalıdır.
5. Elektrod en az 5x5 kare olmalıdır.
6. Elektrod kendinden yapışma özelliğine sahip olmalıdır.
7. Bir pakette 4 adet elektrod olmalıdır.
8. Malzeme steril ambalajında teslim edilmeli. Ambalajlar üzerinde sterilizasyon tarihi, son kullanma tarihi, kod numarası, CE işareti, TC Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış orijinal Ulusal Bilgi Bankası kodu ve teknik özellikleri belirtilmelidir. Son kullanma tarihi teslim tarihinden itibaren en az iki yıl olmalıdır.
9. Ürünler Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan barkod ve etiket hükümlerine uygun olmalıdır.
10. Alım yapılan malzemenin numune üzerinden (talebi yapan birim-muayene komisyonu tarafından) denemesi yapılarak uygunluk verilecektir. Hastanemiz bu maddeye dayanarak alımı iptal etme yetkisine sahiptir
11. Malzemenin ve faturanın teslim yeri Biyomedikal depodur.
Telefon: 0.242.746 11 17, dahili – 1511. e-posta: klinikmuhendislikmanavgat@gmail.com
12. Teklifler ile birlikte Satış yeri yeterlilik belgesi ve TİTUBB/ÜTS kayıtları; Malzemenin üretici, marka, model bilgileri yazılı olarak verilmelidir.
13. Fatura içeriğinde ürün isimleri yapılan talep ile birebir aynı olacaktır.
14. UBB'ye tabi ürünlerin barkod numarası faturada yazılacaktır.

5.11.2025
Şenife ÖZCAN
Biyomedikal Mühendisi

5.11.2025
Ahmet Arvasi DUTAR
Fizik Tedavi Şefi Sor.

MANAVGAT DEVLET HASTANESİ
KARYOLA HAREKET MOTORU
TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Talep edilen malzeme SCHRODER marka WNS 406L model hasta karyolasına uyumlu olmalıdır.
2. 3500 N olmalıdır.LINAC olmalıdır.
3. Orijinal sıfır, hiç kullanılmamış ürünler olacaktır.En az 6 ay garantili olmalıdır.
4. Alım yapılan malzemenin numune üzerinden (talebi yapan birim-muayene komisyonu tarafından) denemesi yapılarak uygunluk verilecektir. Hastanemiz bu maddeye dayanarak alımı iptal etme yetkisine sahiptir
5. Malzemenin, UBB barkod numarası yazılı faturanın teslim yeri Biyomedikal depodur.
6. Teklifler ile birlikte Satış yeri yeterlilik belgesi ve TİTUBB/ÜTS kayıtları; Malzemenin üretici, marka, model bilgileri yazılı olarak verilmelidir.
7. Fatura içeriğinde ürün isimleri yapılan talep ile birebir aynı olacaktır.
8. TİTUB/ÜTS'ye tabi ürünlerin barkod numarası faturada yazılacaktır.

30.10.2025
Şerife ÖZCAN
Biyomedikal Müh.

30.10.2025
Tolga ÖZTİN
Biyomedikal Tek.

30.10.2025
Fatma ŞİRİN BAŞOĞLU
Kadın Doğum Sor.