



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



SAYI : 98177073 / 934.01

8164

KONU : 5 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. Firmamız 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 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 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 usulu 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. Tuhan ŞEN
İdari ve Mali İşler Müdür 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	ANESTEZİ CİHAZI MONİTÖRÜ SPO2 ÖLÇÜM PROBU PARMAC YETİŞKİN (DRAGER MARKA UYUMLU)	4	ADET			
2	ANESTEZİ CİHAZI MONİTÖRÜ ARA KABLOSU SPO2 (DRAGER MARKA UYUMLU)	4	ADET			
3	ANESTEZİ CİHAZI MONİTÖRÜ SPO2 ÖLÇÜM PROBU PARMAC YETİŞKİN (GE MARKA UYUMLU)	6	ADET			
4	ANESTEZİ CİHAZI MONİTÖRÜ ARA KABLOSU SPO2 (GE MARKA UYUMLU)	6	ADET			
5	ANESTEZİK AKIŞ-FLOW SENSÖRÜ (GE MARKA UYUMLU)	4	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 dışımda atılan kaşe imzalı teklifler değerlendirme 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 : Şetale 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

ANESTEZİ CİHAZI MONİTÖRÜ SPO2 ÖLÇÜM PROBU PARMAK YETİŞKİN

ANESTEZİ CİHAZI MONİTÖRÜ ARA KABLOSU SPO2/ANESTEZİK AKIŞ - FLOW SENSÖRÜ

TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Talep edilen SPO2 probu ve ara kablosu talepte belirtilen sayılarda DRAGER marka PRIMUS model ve GE marka AVANCE S/5 (2 adet cihaz var) ve AVANCE CS2 model anestezi cihazlarına uyumlu olmalıdır.
2. Ara kablonun uzunluğu en az 120 cm (+/-2) olmalıdır.
3. 5.kalemde talep edilen akış -flow sensörü GE marka AVANCE S/5 anestezi cihazlarına uyumlu olmalıdır. Flow sensör ile cihaz tüm testlerden geçmelidir ve herhangi bir parametre kaybına ya da arızaya sebep olmamalıdır.Steril edilebilir olmalıdır.2 takım 4 adet olmalıdır.UBB kaydı olmalıdır.
4. Ürünler en az 6 ay garantili olacaktır.
5. Orijinal sıfır, hiç kullanılmamış ürünler olacaktır.
6. Alım yapılan malzemenin numune üzerinden (talebi yapan birim-muayene komisyonu tarafından) denemesi yapılarak uygunluk verilecektir. Hastanemiz bu maddeye dayanarak alımı iptal etme yetkisine sahiptir
7. Malzemenin, UBB barkod numarası yazılı faturanın teslim yeri Biyomedikal depodur.
8. Teklifler ile birlikte Satış yeri yeterlilik belgesi ve TİTUBB/ÜTS kayıtları; Malzemenin üretici, marka, model bilgileri yazılı olarak verilmelidir.
9. Fatura içeriğinde ürün isimleri yapılan talep ile birebir aynı olacaktır.
10. TİTUB/ÜTS'ye tabi ürünlerin barkod numarası faturada yazılacaktır.

30.05.2024
Şerife ÖZCAN
Biyomedikal Müh.

30.05.2024
Tolga ÖZTİN
Biyomedikal Tek.

30.05.2024
Ahmet YILMAZ
Anestezi Sor.