

T.C.  
ADANA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Pozantı 80. Yıl Devlet Hastanesi

Sayı: :96671655 /

18.10.2023

Konu : Teklif

**TEKLİF FORMU**

Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cins, miktar ve özellikleri belirtilen malzemenin ve/veya hizmetin satın alınmasına ihtiyaç duyulmuştur. Söz konusu alımın birim fiyat üzerinden, ekte yer alan teknik şartnameye uygun olacak şekilde düzenlenerek, teklifinizi [pozantidh.satinalma@gmail.com](mailto:pozantidh.satinalma@gmail.com) adresine mail olarak gönderilmesi veya kapalı zarf içerisinde elden teslim edilmesini rica ederim

Mustafa DURDU  
Tıbbi Sekreter

| Sıra No           | Birim Fiyata Esas İş Kaleminin Adı                                 | Miktarı | Birimi | Birim Fiyatı (TL) | Tutarı (TL) |
|-------------------|--|---------|--------|-------------------|-------------|
| 1                 | HEMODİYALİZ CİHAZI HİDROLİK FİLTRE (DİYALİZAT FİLTRE)              | 1       | ADET   |                   |             |
| 2                 | HEMODİYALİZ CİHAZI HAVA AYRIŞTIRMA POMPASI MOTORU (GAZ AYRIŞTIRMA) | 2       | ADET   |                   |             |
| 3                 | HEMODİYALİZ CİHAZI AKIŞ POMPASI MOTORU                             | 2       | ADET   |                   |             |
| TOPLAM(KDV HARIÇ) |  |         |        |                   |             |

**Önemli Notlar:**

Fiyatlar KDV Hariç verilecektir.

Alınan ürünlerin UBB'ye tabi olması halinde UBB Kodu'nun (UTS) yazılarak gönderilmesi şarttır.

Teklif edilen Mal/Hizmet alımları için teslim süresi, varsa markaları ve modellerinin yazılması gerekmektedir.

Verilecek olan tekliflerin en az 30 takvim günü geçerli olmalıdır.

Teklif fiyatları Türk Lirası olarak, birim fiyat üzerinden verilecektir.

Alternatif teklif verilmeyecektir.

Teklifler adı, soyadı ve ticaret ünvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olmalıdır.

Son teklif tarihi :19.10.2023 saat 12.00 a kadardır. İş bu teklif tarihinden ve saatinden sonraki teklifler kesinlikle kabul edilmeyecektir.

İrtibat Adresi: 80. Yıl Pozantı Devlet Hastanesi, Eski Ankara Yolu Üzeri Pozantı, ADANA

İrtibat Tel: (322)5813945 - 3067

İrtibat Fax: (322) 581 39 65

İdarenizce doğrudan temin yöntemiyle alımı yapılacak olan bu işe ait bütün belgeler tarafımızdan (teklif mektubu, teknik şartname) incelenmiş, okunmuş ve herhangi bir ayırım ve sınırlama yapmadan bütün koşullarıyla kabul edilmiştir. Alıma ilişkin olarak yukarıda vermiş olduğumuz teklifimizin kabulünü arz ederiz.

Teklif Vermeye Yetkili Kişi Adı

İmzası Firma Kaşesi

## FLOW PUMP MOTOR (AKIŞ POMPASI) TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1- Teklif edilen yedek parça Fresenius marka 4008 model hemodiyaliz cihazı ile uyumlu olmalıdır.
- 2- DC motor çalışma voltajı DC 24 Volt olmalıdır.
- 3- 2 pin konnektörlü olmalıdır.
- 4- DC motor cihaza takıldığı andan itibaren 1 yıl süre ile garanti kapsamında olmalıdır.
- 5- Ürün orijinal ambalajında olmalı ve üzerinde Fresenius logosu olmalıdır.
- 6- Teklif edilen ürünün ambalajı yırtık ve hasarlı olmamalıdır.
- 7- Orijinal ambalajı içerisindeki ürün daha önce kullanılmamış olmalı, üzerinde çizilme, kirlilik, aşınma olmamalıdır.
- 8- Teklif edilen ürünün üretim tarihi, parça kodu ve barkod etiketi mutlaka olmalı. Üretim tarihi ve barkodu olmayan veya barkodu kazınmış, silinmiş üzeri boyanmış okunamayan ürünler değerlendirme dışı bırakılacaktır.
- 9- Satın alınan biyomedikal tüketim malzemesinin TITUBB / ÜTS kaydı olmalıdır.
- 10- Cihaz/Malzeme teklif eden isteklinin ÇKYs de UBB kapsamında ise T:C: İlaç ve Tıbbi Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TITUBB) kayıtlı olduğuna ve teklif edilen cihazın T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasında (TITUBB) Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olduğuna dair belge tekliflerin ekinde sunulmalıdır.
- 11- Faturadaki ürün adı "HEMODİYALİZ CİHAZI AKIŞ POMPASI MOTORU" şeklinde olacaktır.

**ASLI NANE**  
Hemşire

## **DEGASING PUMP MOTOR (GAZ AYRIŞTIRMA) TEKNİK** **ŞARTNAMESİ**

- 1- Teklif edilen yedek parça Fresenius marka 4008 model hemodiyaliz cihazı ile uyumlu olmalıdır.
- 2- DC motor çalışma voltajı DC 24 Volt olmalıdır.
- 3- 2 pin konnektörlü olmalıdır.
- 4- DC motor cihaza takıldığı andan itibaren 1 yıl süre ile garanti kapsamında olmalıdır.
- 5- Ürün orijinal ambalajında olmalı ve üzerinde Fresenius logosu olmalıdır.
- 6- Teklif edilen ürünün ambalajı yırtık ve hasarlı olmamalıdır.
- 7- Orijinal ambalajı içerisindeki ürün daha önce kullanılmamış olmalı, üzerinde çizilme, kirlilik, aşınma olmamalıdır.
- 8- Teklif edilen ürünün üretim tarihi, parça kodu ve barkod etiketi mutlaka olmalı. Üretim tarihi ve barkodu olmayan veya barkodu kazınmış, silinmiş üzeri boyanmış okunamayan ürünler değerlendirme dışı bırakılacaktır.
- 9- Satın alınan biyomedikal tüketim malzemesinin TITUBB / ÜTS kaydı olmalıdır.
- 10- Cihaz/Malzeme teklif eden isteklinin ÇKYS de UBB kapsamında ise T:C: İlaç ve Tıbbi Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına (TITUBB) kayıtlı olduğuna ve teklif edilen cihazın T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasında (TITUBB) Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olduğuna dair belge tekliflerin ekinde sunulmalıdır.
- 11- Faturadaki ürün adı "HEMODİYALİZ CİHAZI HAVA AYRIŞTIRMA POMPASI MOTORU (GAZ AYRIŞTIRMA) şeklinde olacaktır

ASLI NAL  
Hemşire

## DIALISATE FILTER CPL ( DİYALİZAT FİLTRE ) ŞARTNAMESİ

- 1- Teklif edilen yedek parça Fresenius marka 4008 model hemodiyaliz cihazı ile uyumlu olmalıdır.
- 2- Ürün orijinal ambalajında olmalı ve ambalajın üzerinde Fresenius logosu olmalıdır.
- 3- Teklif edilen ürünün ambalajı yırtık ve hasarlı olmamalıdır.
- 4- Orijinal ambalajı içerisindeki ürün daha önce kullanılmamış olmalı, üzerinde çizilme, kirlilik, aşınma olmamalıdır.
- 5- Teklif edilen ürünün üretim tarihi ve barkod etiketi mutlaka olmalı. Üretim tarihi ve barkodu olmayan veya barkodu kazınmış, silinmiş üzeri boyanmış ürünler değerlendirme dışı bırakılacaktır.
- 6- Satın alınan biyomedikal tüketim malzemesinin TITUBB / ÜTS kaydı olmalıdır.
- 7- Cihaz/Malzeme teklif eden isteklinin ÇKYS de UBB kapsamında ise T:C: İlaç ve Tıbbi Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasına( TITUBB) kayıtlı olduğuna ve teklif edilen cihazın T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankasında(TITUBB) Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olduğuna dair belge tekliflerin ekinde sunulmalıdır.
- 8- Faturadaki ürün adı "HEMODİYALİZ CİHAZI HİDROLİK FİLTRE (DİYALİZAT FİLTRE) şeklinde olacaktır.

ASLI NANE  
Hemşire