

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü
Akçakale Devlet Hastanesi

Sayı : 78379617
Konu : Teklife Davet

05.08.2021

İLGİLİ FİRMALARA

Hastanemizin ihtiyaçlarından aşağıda cinsi ve miktarı yazılı olan malzemeler, işler, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun Doğrudan Temin 22/d (parasal limitler kapsamında) Bendi yöntemi ile satın alınacaktır. KDV Hariç en geç 09/08/2021 tarih ve saat 15:00`a kadar fiyat verilmesini rica ederim.

Telefon Numarası :0414 318 94 65
Fax Numarası :0414 318 94 23
E-mail :satinalmaakcd@gmail.com

Uz.Dr.Mehmet GÜMER
Hastane Yöneticisi

İhtiyaç Listesi

Sıra No	Malın / İşin Adı	Miktar	Birim	KDV HARİÇ BİRİM FİYATI	Tutar
1	POİVIDON İYOT %7,5 1000 ML SIVI SABUN	400			
2	OKSİJEN MASKESİ REZERVUARLI YETİŞKİN	250			
TOPLAM					

DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR VE ALIM ŞARTLARI

1. Teklif edilecek ürün (TSE,ISO,CE vs) belgelerine haiz olacaktır.
2. Teklif edilen malzemeler kesin sipariş tarihinden itibaren 7 gün içinde teslim edilecektir.(firma tarafından yazılacak)
3. Fatura bedeli üzerinden kanuni kesintiler yapılacaktır.
4. Teslim yeri muayene komisyonu nezaretinde Hastanemiz depolarıdır.
5. Ürüne ait garanti belgeleri malın teslimi sırasında Hastanemiz Dayanıklı Taşınır Kayıt Kontrol Birimine teslim edilecektir.
6. Teklifini verdiğiniz ürünün UBB kodunu teklif kağıdına yazınız.
7. Teklifini verdiğiniz ürünün markasını belirtiniz.

EK: Teknik şartname

Teklif Veren Firma
KAŞE-İMZA

Not: Tekliflerde Karalama ve Daksil Kesinlikle Olmayacaktır

GEREKÇE

Hastanemiz Servisinde kullanılmakta olan POLİVİDON İYOT %7,5
1000 ML SIVI SABUN(SCRUB) VE OKSİJEN MASKESİ REZERVUARLI
YETİŞKİN ürünün temin edilmesi gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Onur MERT
Akçakale Devlet Hastanesi
Taşınır Kayıt Yetkilisi

Murat Kiling



DAHİLİYE BİRİM SORUMLUSU
SAMİM SARI



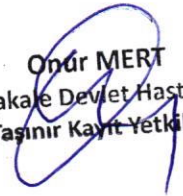
**POLİVİDON İYOT %7,5 1000 ML SIVI SABUN(SCRUB)
TEKNİK ŞARTNAMESİ**

1. Ürün Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış olmalıdır.
2. Ürün Bakterisid, virüs, fungusid ve protozoid özelliğe sahip olmalıdır. Bu durumu gösterir belge komisyonasunulmalıdır, sunulmadığında ürün değerlendirilmeyecektir.
3. Cilt ve mukoza dezenfeksiyonunda, yara ve yanık yüzeylerde seyreltilmeden kullanıma uygun olmalı, alerjik reaksiyon ve cilt irritasyonuna neden olmamalıdır.
4. 1000 cc'lik, ışıktan korumalı, kapağı iyi oturan, kilitli kapak sisteminde (yukarı çekilerek akışın sağlandığı geri itince akışın sonlandığı) veya özel püskürtme (pompa) başlıklı cam/ plastik şişelerde ambalajlanmış olmalıdır.
5. Ürün alkol içermemelidir.
6. Cilde sürüldüğünde su gibi akıp gitmemelidir.
7. Solüsyonu dökerken, solüsyon şişenin dışından süzülerek akmamalıdır.
8. Ürünün povidon iyotlu % 10 Antiseptik Solüsyon ile karışmasını önlemek için etiket veya ambalaj renginde dikkat çekici fark olmalıdır.
9. Üzerinde etken madde miktarları, hacmi, kullanım şekli, imalat seri numarası, saklama koşulları, son kullanma tarihi yazılı olmalı, üzerindeki etiket kolay düşmeyecek, kalkmayacak şekilde yapıştırılmış olmalıdır.
10. Ürünün "Biyosidal Ürün Ruhsatı" bulunmalıdır "Biyosidal Ürünler Yönetmeliğinde belirtilen kullanımı ve ithalatı yasaklanan maddeleri içermemelidir.
11. Suda çözünürlüğü iyi olmalıdır.
12. En son numuneler değerlendirilerek karar verilecektir.
13. Raf ömrü depo tesliminden itibaren en az 2 yıl olmalıdır.

Murat Kiling



Onur MERT
Akçakale Devlet Hastanesi
Tasınır Kayıt Yetkilisi



DAHİLİYE BİRİM SORUMLUSU
ŞAHİN SARI



