



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Eleşkirt İlçe Devlet Hastanesi
Başhekimliği



SAYI :
KONU : Mal Alımı Hk.

Teklif Davet

Mad.1

Sağlık Tesisimizde Kullanılmak üzere ihtiyaç duyulan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı olan SATURASYON PROBU NEONATAL DISPOSABLE alım işi 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununun 22-d maddesi kapsamında alınacak olup, Söz konusu hizmet için KDV Hariç birim ve toplam fiyatını 11.03.2019 tarih ve saat 14:00 a kadar/ 0472 711 4963 numaralı faks / satinalmaeleskirtdh@gmail.com mal adresine / posta yolu ile yada şahsen elden belirtilen adreslerden birine bırakmanız yada göndermeniz hususunu;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Bülent ÖZTÜRK
İdari ve Mali İş Müdürü

Sıra No	Malzeme Adı	Miktarı	Birimi	Birim Fiyatı	Toplam Fiyat
1	SATURASYON PROBU NEONATAL DISPOSABLE	250	ADET		
2			ADET		
3			ADET		
KDV HARIC TOPLAM TUTAR					

NOT: Teknik Şartname 1 sayfadır

Firma/ Kurum
Kaşe / İmza

- M.2 İdarenin doğrudan temin usulü ile 11.03.2019 tarih ve saat 14:00 da SATURASYON PROBU NEONATAL DISPOSABLE alım işine ait dokümanı oluşturan bütün belgeler tarafımızdan incelenmiş, okunmuş ve herhangi bir ayırım ve sınırlama yapmadan bütün koşullarıyla tarafımızdan kabul edilmiştir. Doğrudan temin usulü ile yapılacak alımla ilişkin olarak aşağıda hususları içeren teklifimizin kabulünü arz ederiz.
- M.3 Eksik doldurulan üzerinde kazıntı ,silinti veya düzeltme yapılan teklifler değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- M.4 Teklifler en geç 11.03.2019. GÜNÜ SAAT 14.00 kadar 1 maddede yazılı bulunan adreslere gönderilmesi veya şahsen elden bırakılması gerekmektedir.
- M.5 Teklif Fiyatına işin sigortası,nakliyesi ve diğer tüm giderleri dahil edilecektir.
- M.6 Teklifler (Rakam ve Yazı ile) Kdv hariç veilecektir.
- M.7 Tekliflerinde tarih, imza ve kaşesi eksik görülen isteklinin teklifi değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- M.8 Faks veya Mail yolu ile gönderilen tekliflerin aslında İdaremiz Satınalma birimine ulaştırılacaktır.
- M.9 Teklifleri ile birlikte numune istenilmesi halinde numunesi olmayan teklifi değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- M.10 Teklif edilen fiyatların geçerliliği (opsiyon) teklif tarihinden itibaren 30 (Otuz) gün olacaktır.
- M.11 Firmalar tarafından teklif verilecek ürünlerin görsel ve özelliklerini gösteren katalog veya numunelerini tekliflerin ekinde sunacaklardır. Teklif değerlendirmeleri fiyat + verilecek ürün özellikleri göz önünde bulundurulacaktır. Numune veya katalog vermeyen firmaların teklifleri değerlendirilmeye alınmayacaktır.

ELEŞKIRT DEVLET HASTANESİ SATIN ALMA BİRİMİ

TEL : 0 472 711 41 42/ DAH.1114

FAKS: 0 472 711 49 63

E.Mail : satinalmaeleskirtdh@gmail.com



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eleşkirt İlçe Devlet Hastanesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AĞRI İLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ELEŞKİRT İLÇE DEVLET HASTANESİ
TEKNİK ŞARTNAME

SATURASYON PROBU NEONATAL DİSPOSABLE/ 250 ADET

1. Prop, oksijen saturasyonu ve nabız ölçümüne uygun olmalı ve yetişkin, pediyatrik, neonatal ve infant tipleri bulunmalıdır.
2. Prop, vücut ısısı düşük hastalarda da doğru ölçüm yapabilmelidir.
3. Teklif edilen prop ve cihaz covidien nellcor marka ile aynı olmalıdır.
4. Probun yapışkan bandı hasta cildine uygun anti-allerjik özellikte olmalıdır ve latex içermemelidir.
5. Probun kendinden kablosu olmalıdır, kablosu takılıp sökülen tipte olmamalıdır.
6. Prop, orijinal kapalı ambalajında steril ve tek hastada kullanılmak üzere üretilmiş olmalıdır.
7. Probun ambalajı üzerinde markası, son kullanma tarihi, sterilizasyon yöntemi ve özellikleri yazılı olmalı ve uygulama şeklini gösteren resim olmalıdır.
8. Propta elektriksel gürültüye karşı oluşabilecek artefaktları giderici Faraday Ekranlaması olmalıdır.
9. Prop, kablosunun elektrik tesisatında gelen parazitlere karşı ekranlaması olmalıdır.
10. Prop, aynı hastada uzun dönem kullanılabilir ve prop hasta cildini yakmamalıdır.
11. Probun yapışkan bandında sert madde olmamalı ve kan dolaşımını engellememelidir.
12. Probun oynamaması için, hasta parmağına temas edecek iç kısmı tamamen yapışkan madde ile kaplı olmalı yapışkan olmayan bölge olmamalıdır.
13. Sistemin saturasyon ölçüm aralığı % 1-100 arası, nabız ölçüm aralığı 25-240 atım/dk olmalıdır.
14. **Prop Hastanede kullanılan covidien nellcor Bed side model/ marka cihazlarımıza uyumlu olmalıdır.**
15. Prob numunesi kuruma verilmelidir. Alım numune üzerinden değerlendirme yapılacaktır.

05.03.2019

Nazife EROĞULU

Hemşire/ Çocuk Servisi

Şeyda KANSU

Ebe /Çocuk Servisi