

T.C.  
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Eskişehir Şehir Hastanesi

Kayıt No: 193804

**TEKLİF MEKTUBU**

Sayı : 22205031-930/ **193804**

10.05.2019

Konu : Teklif Formu

Kurumumuzun ihtiyacı olan (2) kalem HASTANEMİZ GENEL YOĞUN BAKIMLARDA KULLANILMAK ÜZERE HEMOFİLTRASYON KİTİ VE FOSFATLI DİYALİZAT SOLÜSYONU ALIMI işi satın alınacaktır. İlgilendiğiniz takdirde K.D.V. hariç fiyat teklifinizi en geç **14.05.2019** tarih ve saat **10:00'a** kadar göndermenizi, teklifinizde teslimat süresinin de bildirilmesini arz/rica ederim.

Gökhan ATAŞ  
Başhekim a.  
İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı

Sıra No	Malın / İşin Cinsi	Miktar	Birimi	Birim Fiyat	Toplam Fiyat
1	HEMOFİLTRASYON SETİ(HEMOFİLTRASYON KİTİ)	60	ADET		
2	CRRT DİYALİZ İÇİN REJİYONEL SİTRAT ANTİKOAGÜLASYON SOLÜSYONU(SÜREKLİ RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ İÇİN FOSFATLI DİYALİZAT SOLÜSYONU)	340	ADET		
<b>Toplam</b>					

**Ek: Teknik Şartname**

Satınalmanın Yapılacağı Birim: ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ DOĞRUDAN TEMİN TEL:0 222 611 4000 / 11358-11359

NUMUNE GÖRÜLECEKTİR.

4734 sayılı Kamu İhale Kanunun 22 / D Maddesi Uyarınca Doğrudan Temin Usulüyle Alım Yapılacaktır.

**DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

- 1.734 Sayılı Kanun gereğince KİK 019 Standart Formuna göre hazırlanacak Teklif mektubunda istekliler tarafından imzalanması, teklif edilen fiyatın rakam ve yazıyla açık olarak yazılması zorunludur. Tarihi olmayan, istenilen ürünlerin marka, katalog numarası olmayan ve teslimat belirtilmeyen teklif mektupları değerlendirmeye alınmayacaktır.
- 2.Zarfın üzerine isteklinin adı soyadı açık adresi teklifin hangi işe ait olduğu ve teklif edilen kalemler yazılacaktır. Zarf kapağı yapıştırılan bölümü üzerine firma kaşesi basılarak imzalanacaktır.
- 3.Fiyatlar KDV hariçtir.
- 4.Teklif edilecek ürünlerin ürün barkodları mutlaka olacaktır. Barkotsuz malzemeler teslim alınmayacaktır.
5. Teklif edilecek malzemelerin UBB numarası faturaya mutlaka yazılacaktır.
- 6.Teklif edilecek malzemenin varsa emekli sandığı malzeme kodu teklif mektubunda yazılacaktır.
- 7.Düzenlenecek fatura da yapılmış olan hatalardan dolayı ödeme yapılmamasından firma sorumludur.
- 8.Teklif edilecek ürünlerden Tıbbi cihaz yönetmeliği (93/42/EEC MDD),Vücuda yerleştirilebilir aktif cihaz yönetmeliği(90/385/EEC) ve vücut dışında kullanılan tıbbi tanı cihazları yönetmeliği (98/79/EC IVDD)kapsamındaki ürünlerin Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2008/36 sayılı genelgesinin 2.maddesine istinaden TITUBB ve ÜTS de Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olması şartı gerekmektedir. Bu şartı olmayan ürünler kesinlikle teklif edilmeyecektir.
- 9.Teklif edilip alınsa dahi ödemesi yapılmayacaktır.
- 10.Numune istendiğinde teklif mektubuyla birlikte getireceklerdir.
- 10.Alımlar acil ihtiyacımıza yönelik olduğu için kesin sipariş yazımızda belirtilen süre içerisinde teslim edilmeyen ürünler için yasal işlem yapılacaktır.
- 11.Tıbbi sarf malzemelerin teslim edildiği tarihte malzemelerin kullanma süresi miadının 2/3'ünden az olmamalıdır.
- 12.Fatura, malzeme teslim edildikten sonra kesilecek.
- 13.Fatura bedeli, malzemenin muayene kabul komisyonunca kabulünden sonra 150 gün içerisinde ödenecektir.
- 14.Alacağına ait temlik kabul edilmeyecektir.
- 15.Siparişlerde malzemenin depo ve ihtiyaç durumu göz önünde bulundurularak partiler halinde istenmesi idaremizin yetkisindedir.
- 16.Teklif veren firma işbu (18) maddeyi okumuş ve herhangi bir ayırım ve sınırlama yapmadan bütün koşullarıyla kabul etmiş olarak kabul edilecektir.
- 17.Bu alım uygulanmasından doğabilecek her türlü anlaşmazlığın çözümünde Eskişehir mahkemeleri ve icra daireleri yetkilidir.
18. Bu malları/işleri en geç 10 (ON) gün içinde muayene ve kabul yapılabilmesi için teslim edilmesi gerekmektedir.

71 EVLER MAH ÇAVDARLAR SK 26080 ODUNPAZARI ESKİŞEHİR

Telefon: 222 611 4000/11358-11359 Faks: 02222050199

e-posta: esdh.satinalma@saglik.gov.tr Elektronik ağ: www.eskisehirsehir.saglik.gov.tr

## TEKNİK ŞARTNAME

### Sürekli Renal Replasman Tedavisi için Fosfatlı Diyaliz Solüsyonu

1. Her litre solüsyonda aşağıda belirtilen konsantrasyonlarda elektrolit bulunması gereklidir.

Na <sup>+</sup>	140	mmol/L
Ca <sup>++</sup>	1,50	mmol/L
Mg <sup>++</sup>	0,75	mmol/L
Cl <sup>-</sup>	109 - 111	mmol/L
HCO <sub>3</sub>	35	mmol/L
Glukoz	1	g/L
K değeri	2	mmol/L
Fosfat	1	mmol/L

2. Solüsyonun içeriğinde Laktat bulunmamalıdır.
3. Solüsyonlar 5 litrelik çift bölme torbalarda olmalıdır.
4. Karışmış solüsyon stabilitesini en az 48 saat korumalıdır.
5. Serum Fosfat konsantrasyonunun doğal stabilizasyonunu sağlamalıdır
6. Malzemenin teslim tarihindeki miadı en az 18 ay olmalıdır. Miadının dolmasına 3 ay kala firmaya haber verildiğinde miad uzatımı yapılmalıdır.
7. Sağlık Bakanlığı Ürün Takip Sistemi ÜTS veya Ulusal Bilgi Bankasına kayıtlı olmalıdır ve TİTUBB barkod no'su ÜTS teklif ekinde sunulmalıdır. Ayrıca ürün için düzenlenen fatura veya irsaliyede ürün barkod numarası, son kullanma tarihi, sut kodu ve LOT numarası belirtilmelidir.

ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ  
Uzm.Dr.Serdar EFE  
Tıp Tes.No:110236  
İç Hastalıkları Y. Doç. Dr. Bakım Uzmanı

İmza



## TEKNİK ŞARTNAME

### HEMOFİLTRASYON KİTİ

- Kit pre-konnekte olmalı ve aşağıdaki bileşenleri içermelidir:
  - Arter ve ven hattı,
  - Diyalizat pompa segmentini içeren diyalizat hattı,
  - Replasman pompa segmentini içeren replasman hattı,
  - Ultrafiltrat pompa segmentini içeren ultrafiltrat hattı,
- Kiti oluşturan tüm bileşenler; pompa segmentleri, basınç transdüserleri ve bağlantı noktaları, güvenli ve kolay kurulumu sağlamak üzere cihaz ekranında ve cihaz ön panelinde yer alan renklerle aynı renk kodlarına sahip olmalıdır.
- Kit ile aşağıdaki tedavi modları yapılabilmelidir:
  - CVVH Sürekli Venö-Venöz Hemofiltrasyon
  - CVVHD Sürekli Venö-Venöz Hemodiyaliz
  - CVVHDF Sürekli Venö-Venöz Hemodiyafiltrasyon
- Kitlerde kolay kurulum için arter-ven hattı ve atık hattı kaset halinde olmalıdır. Ayrıca diğer istenen özellikler aşağıda sıralanmıştır.
  - Venöz dönüş hattı üzerinde hava dedektörü için hava haznesi olmalıdır.
  - Kasette renk kodlu 4 adet basınç transdüseri olmalıdır.
  - Kitin üzerinde, heparin infüzyonu için uygun giriş yerleri olmalıdır.
  - Kit pre ve post dilüsyon işlemlerine imkan vermemelidir.
  - Diyalizat ve replasman hatlarında birer adet olmak üzere kit içerisinde toplam iki adet ısıtıcı torba bulunmalıdır.
- Kitler üzerinde ürünün adı, son kullanma tarihi ve lot numaraları olan orjinal etiketli kutularda paketlenmelidir.
- Kitlerin içeriğinde bir adet 1,4 m<sup>2</sup> membran yüzey alanına sahip filtre bulunmalı, filtrenin süzme katsayısı Albümin için en fazla 0,001 olmalıdır. Bu özellik kitlerin içerisinde bulunan orjinal kullanım kılavuzu üzerinde gösterilmelidir.
- Filtrenin tavsiye edilen kan akış aralığı 100 - 350 ml/dak olmalıdır. Bu özellik kitlerin içerisinde bulunan orjinal kullanım kılavuzu üzerinde gösterilmelidir.
- Filtre cihazdaki ayrı bir ultrafiltrasyon pompası sayesinde saatte en az 1200 mL sıvıyı hastadan uzaklaştırabilmelidir. Saatte uzaklaştırılacak sıvı miktarı cihaz üzerinden ayarlanabilmelidir.
- Filtreler, tıkanma durumunda bütün kitin ziyan olmaması için, hatlardan bağımsız olmalıdır.
- Verilecek filtre membranları biyoyoumlu olup, membran yapısı polysulfone olmalıdır. Filtrenin membran yapısı kitlerin içerisinde bulunan orjinal kullanım kılavuzu üzerinde gösterilmelidir.
- Filtreler 72 saate kadar tedaviye olanak vermemelidir. Bu özellik kitlerin içerisinde bulunan orjinal kullanım kılavuzu üzerinde gösterilmelidir.
- Filtreler sterilizasyon kalıntısı riskine karşı buhar yöntemiyle steril edilmiş olmalıdır. Bu özellik kitlerin içerisinde bulunan orjinal kullanım kılavuzu üzerinde gösterilmelidir.
- Kit içinde prime torbası bulunmalıdır.
- Malzemenin teslim tarihindeki miadı en az 18 ay olmalıdır. Miadının dolmasına 3 ay kala firmaya haber verildiğinde miad uzatımı yapılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı Ürün Takip Sistemi ÜTS veya Ulusal Bilgi Bankasına kayıtlı olmalıdır ve TİTUBB barkod no'su ÜTS teklif ekinde sunulmalıdır. Ayrıca ürün için düzenlenen fatura veya irsaliyede ürün barkod numarası, son kullanma tarihi, sut kodu ve LOT numarası belirtilmelidir.