



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

Kayıt No: 79609

TEKLİF MEKTUBU

Sayı : 22205031-930/

20.12.2022

Konu : Teklif Formu

Kurumumuzun ihtiyacı olan (1) kalem HASTANEMİZ KADIN DOĞUM BİRİMİ İÇİN FETAL MEMBRAN PROTEİN TEŞHİS TEST KİTİ ALIMI alımı işi satın alınacaktır. İlgilendiğiniz takdirde K.D.V. hariç fiyat teklifinizi en geç 22.12.2022 tarih ve saat (10:00) kadar göndermenizi, teklifinizde teslimat süresinin de bildirilmesini arz/rica ederim.

Şenol ALTINSOY
Başhekim a.
İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı

Sıra No	Malın / İşin Cinsi	Miktar	Birimi	Birim Fiyat	Toplam Fiyat
1	FETAL MEMBRAN PROTEİN TEŞHİS TEST KİTİ (HAMİLELİĞE ÖZEL PROTEİN TEST KİTİ)	150	ADET		
Toplam					

Satınalmanın Yapılacağı Birim: ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ DOĞRUDAN TEMİN TEL:0 222 611 4000 / 11358 NUMUNE GÖRÜLECEKTİR.

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

DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- 1.4734 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.Zarfin 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 TİTUBB ve ÜTS de Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olması gerekmektedir. Bu şartı olmayan ürünler kesinlikle teklif edilmeyecektir. Teklif edilip alınsa dahi ödemesi yapılmayacaktır.
- 9.Numune istendiğinde teklif mektubuylar 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

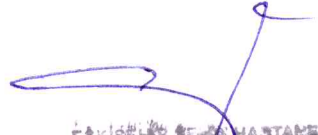
Elektronik ağ: www.eskisehirsehir.saglik.gov.tr

TEKNİK ŞARTNAME

FETAL MEMBRAN PROTEİN TEŞHİS TEST KİTİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1- Kadın Doğum Kliniklerinde erken membran rüptürü tanısı için kullanılmalıdır.
- 2- Test tek tek steril ambalaj içinde olmalıdır.
- 3- Testin ambalajında üretim yeri, son kullanma tarihi, sterilizasyon işareti, şekli, CE işareti ve lot numarası bulunmalıdır.
- 4- Test oda ısısında (4/24 derece) muhafaza edilebilmeli ve kullanma klavuzu bulunmalıdır.
- 5-Test gebeliğin 14. haftasından, gebelik sonlanıncıya kadar kullanılabilirmeli ve bu durum literatür yayınları ile desteklenmelidir.
- 6- Test sonuçları enfeksiyonel akıntı, kan, idrar ve semenden etkilenmemelidir.
- 7- Test için gerekli numune direk vajenden alınmalı, spekuluma ihtiyaç duyulmamalıdır.
- 8- Test sonuçlarının doğrulanması için ilave bir yöntemle ihtiyaç duyulmamalıdır.
- 9- Testin doğruluk oranı % 99 olmalı ve bu durum yapılmış çalışmalarla ispatlanmalıdır.
- 10-Test doktor dışında diğer sağlık çalışanları tarafından kolay kullanılabilir özellikte olmalıdır.
- 11- Test maksimum 5 dakika içinde sonuç vermelidir.
- 12- Test non-allergen olmalıdır.
- 13- Teslim edilen malzemelerin teslim tarihi itibari ile en az 2 yıl miadlı olmalıdır. Miadının dolmasına 3 ay kala firmaya haber verildiğinde miad uzatımı yapılmalıdır.
- 14-Sağlık Bakanlığı Ürün Takip Sistemi ÜTS veya Ulusal Bilgi Bankasına kayıtlı olmalıdır ve TITUBB 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.

Nurta GÖRÜDÖZ
E34604



Eskişehir Şehir Hastanesi
Uzm. Dr. Selma GÜLEÇ
Dip. Tes. No: 112566
Kadın Hast. ve Doğum Uzm.