



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

Kayıt No: 80044

TEKLİF MEKTUBU

Sayı : 22205031-930/

17.01.2023

Konu : Teklif Formu

Kurumumuzun ihtiyacı olan (1) kalem HASTANEMİZ DİYALİZ BİRİMİ İÇİN DİYALİZÖR SENTETİK MEMBRAN ALIMI alımı işi satın alınacaktır. İlgilendiğiniz takdirde K.D.V. hariç fiyat teklifinizi en geç 19.01.2023 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	DİYALİZÖR SENTETİK MEMBRAN 2.1-2.2 M ² YÜKSEK AKIMLI (DİYALİZÖR SENTETİK MEMBRAN 2.1 M ² YÜKSEK AKIMLI)	900	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.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 gerekmektedir. Bu şartı olmayan ürünler kesinlikle teklif edilmeyecektir. Teklif edilip alınsa dahi ödemesi yapılmayacaktır.
- 9.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



YÜKSEK AKIMLI (HIGH-FLUX) DİYALİZÖR (HOLLOW FİBER) TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Hemodiyaliz işlemi için kullanıma uygun olmalıdır.
2. Diyalizörler Hallow-fiber yapıda olmalıdır.
3. Membran iç çapı 160-240 mikron, membran duvar kalınlığı ise 20-60 micron arasında olmalıdır.
4. Membran materyali sentetik yapıda ve high-flux özellikte (yüksek geçirgenlikli) olmalıdır.
5. Maximal kan akım hızı 200-500ml/dk, diyalizat akımı ise 400-800 ml/dk arasında fonksiyon görebilmelidir.
6. Başlangıç kan volümü düşük tutulduğunda da (30/70 ml/dk) fonksiyon görülmelidir.
7. Diyalizörlerin kan ve diyaliz giriş çıkışlarında kontaminasyon riskini minimuma indirmek için kapak bulunmalıdır.
8. Diyalizörler 0.2m² de 100ml/dk pompa hızında, 300ml/dk diyalizat akış hızında,; 0,6m²-1,6m² ye kadar 200ml/dk pompa hızında, 500ml/dk diyalizat akış hızında; 1,6 m² ve üzeri için 300 ml/dk pompa hızında (Q_B = 200 , Q_B = 300), 500 ml/dk diyalizat akış hızında (QD = 500) olmalıdır. yüzey alanlarına göre kuf, üre, kreatinin, fosfat, B₁₂ vit ve inülin klirens değerleri aşağıdaki listeye uygun olmalıdır.

Yüzey alanı	0,2- 0,6 m2	1,0-1,1 m2	1,1-1,3 m2	1.4-1,5 m2
Ultrafiltrasyon Katsayısı	≥7ml/h/ mmHg	≥27ml/h/ mmHg	≥36ml/h/ mmHg	≥38ml/h/ mmHg
Üre Klirensi	≥76 ml/dk	≥191 ml/dk	≥185 ml/dk	≥188 ml/dk
B12 Klirensi	≥34 ml/dk	≥121 ml/dk	≥120 ml/dk	≥125 ml/dk
Fosfat klirensi	≥57 ml/dk	≥167 ml/dk	≥170 ml/dk	≥174 ml/dk
Kreatinin klirensi	≥64 ml/dk	≥178 ml/dk	≥173 ml/dk	≥178 ml/dk
İnülin klirensi	≥ 20	≥ 68	≥86	≥88

Yüzey alanı	1.6-1.7 m2	1,8-1,9 m2	2.0-2.2 m2	2,3 m2 ve üstü
-------------	------------	------------	------------	----------------

(Handwritten signatures and stamps)

