|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | C:\Users\satinalma03\Desktop\ORTALI LOGO TÜRKÇE.png T.C.  ÇANKIRI VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Çankırı Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi  **(SATINALMA/DOĞRUDAN TEMİN)** |  |

**SAYI :** 50990011-934 **TARİH :02/12/2019**

**KONU : TEKLİF VERMEYE DAVET**

**Tekliflerin verileceği son tarih :06/12/2019**

**Saat : 11:00'e kadar**

**FİRMALARA**

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'mizin ihtiyacı olan aşağıda yazılı malzemelerin 4734 sayılı kamu ihale kanununun **22-d** maddesi gereğince piyasadan teklif alınması usulü ile satın alınacaktır. Belirtilen tarih ve saate kadar; teklif mektubunda adı geçen mal alımı işi için birim fiyatınızın KDV hariç kaç TL ye vereceğinizi rakam ve yazı ile belirterek proformanızı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Satın alma (doğrudan temin) birimine göndermenizi veya fakslamanızı;

Rica ederim.

Dt.Seyfi Barış EKŞİ

Baştabip

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA** | **MALZEME ADI** | **MİKTARI** | **BİRİMİ** | **B.FİY.** | **TOP.FİYAT** |
| **1** | **PROTEZ SAKLAMA KABI** | **1000** | **ADET** |  |  |
| **2** | **KAVİTRON UCU** | **500** | **ADET** |  |  |
|  |  | **KDV HARİÇ** | | **TOPLAM** |  |

Yukarıda cinsi ve miktarı yazılı malzemelerin TAMAMI KDV HARİÇ (RAKAMLA)……..….………… TL (YAZI İLE) …………………….……………………………. TL. karşılığında vermeyi / yapmayı taahhüt ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Teslimat Süresi : | ………………….. |
| KDV Oranı : | ………………….. |
|  |  |

|  |
| --- |
| TARİH  FİRMA KAŞE |
| ADI SOYADI İMZA |

**GENEL ŞARTLAR:**

1-Teklifimizdeki sayı numaranın teklif zarfı üzerine mutlaka yazılması gereklidir. Satın alma servisi doğrudan temin birimine elden teslim edilecek veya (**0376) 213 00 35** nolu faks no’suna fakslanacak aslı posta ile idaremize gönderilebilir (Gönderilen mail (**cankiriadsm.stnalma@saglik.gov.tr )**ve fakslardan sonra ( 0 376 ) 213 00 33 no’ lu irtibat telefonundan **tekliflerinizin ulaştığına dair mutlaka teyit alınız**.)

2-İstekliler tekliflerini(**Tekliflerin verileceği son tarih : 06/12/2019- Saat : 11:00'a kadar** ) KDV hariç rakam ve yazı ile bütün masrafları dahil olmak şartıyla vermelidirler.

3-Son teklif verme saatinden sonra idareye teklif veren isteklilerin teklifleri değerlendirilmeye alınmayacaktır.

4-Ödeme saymanlık ödeme durumuna göre en kısa sürede yapılacak .

5-Şartnameye uymayan teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır.

6-Nakliye, sigorta, resim- harç vb giderler yükleniciye aittir.

…. /12/2019 - V.H.K.İ.-Tuğrul ŞEN

... /12/2019 -İdari Mali İşler Müdürü - Tuna DİNÇ

T.C.   
ÇANKIRI VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Çankırı Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

# TEKNİK ŞARTNAME

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SIRA | CİNSİ | MİKTARI |
| 1 | PROTEZ SAKLAMA KABI | 1000 ADET |
| 2 | KAVİTRON UCU | 150 ADET |

**1-PROTEZ SAKLAMA KABI**

1. Şeffaf plastikten imal edilmiş olmalıdır.
2. Koku yapmamalıdır
3. Kendinden kapaklı olmalıdır
4. Kapak gövdeye bağlantılı olmalıdır.
5. Kutu ağzının genişliği en az 8.8 cm. olmalıdır.
6. 7 cm genişlikte ve kapaklı vaziyette boy uzunlu 5 cm olmalıdır.
7. En fazla 4 renkte olmalıdır .

**2-KAVİTRON UCU**

1. Kurumda kullanılan kavitron markalarına göre seçilecektir.(Woodpacker marka)
2. Paslanmaz çelik olmalıdır.
3. 134 C derecede Otoklavda ve Kuru Havada 180 C derece de steril edilebilmelidir.
4. Yüzey ve Alet dezenfektanlarına dayanıklı olmalı korozyona uğramamalıdır.
5. Numune üzerinden değerlendirme yapılacaktır.
6. Markasına göre numune talep edilecektir.

Nazan ÖZ Suzan ERSOY BALTA

Sor. Prt. Teknisyeni Sağ. Bak. Hiz. Sor