



TC
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ANKARA ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
TEKLİF MEKTUBU

21.11.2024

İlgili Firmaya;

Satın almaya esas olmak üzere, DYZ- SEPSİS SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ (SPD) MEMBRANİ (HO1022) ihtiyacı, aşağıda cinsi ve miktarı yazılı olan malzemeler için KDV HARİÇ BİRİM FİYAT ÜZERİNDEN teklifinizi 22.11.2024 Tarihi saat 12:00:00'a kadar bildirmeniz gerekmektedir.

Dosya Numarası: 2024/6963

SATINALMA KOMİSYON BAŞKANLIĞINA

S.N.	MALZEMENİN CİNSİ	MIKTARI	BİRİMİ	BRANS KODU	UBB NO	SUT KODU	SUT FİYATI	BİRİM FİYATI	TOPLAM TUTARI
1	DYZ- SEPSİS SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ (SPD) MEMBRANİ (HO1022)	20	ADET	1248-FİLTRE		HO1022	5,743,72 TL		

Yukarıda yazılı mal/hizmet/yapım işlerine ait isteginizin numunesine/şartnamesine uygun olarak yukarıda verdiğimiz fiyatlar doğrultusunda vereceğimizi taahhüt ederiz.

Firma Kaşesi- İmza

FİRMALARIN FİYAT TEKLİFİ VERİRKEN DİKKAT ETMESİ GEREKEN HUSUSLAR:

- 1-Teklif edilen fiyat KDV hariç olarak belirtilecektir.
- 2-Teklif esas malzemelerin markası ve modeli ile teslim müddeti açıkça belirtilecektir.
- 3-Teklif mektubuna ad, soyadı veya ticari unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması zorunludur.
- 4-Malzeme tesliminde, teklif davet mektubunda belirtilen kalite ve marka esas alınacak, benzer muadil vb. ifadelerle malzeme teslim etmeye yetkenlerin malzemeleri kabul edilmeyecek ve bir dahaki ihale için teklif davet mektubu gönderilmeyecektir.
- 5-Bu mektupla birden fazla malzeme için teklif davet mektubu gönderilmiş ise her kalem malzeme için teklif fiyatı yazılacak, eksik teklifler değerlendirilmeyecektir.
- 6-İş bu teklif davet mektubu tanzim edildikten sonra bir zarfın içerisine konulacak, zarfın kapağı kaşelenip imzalanarak üzerine Ankara Etlik Şehir Hastanesi Komisyon Başkanlığına DYZ- SEPSİS SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ (SPD) MEMBRANİ (HO1022) doğrudan temin no 10090 ibaresi yazılacaktır.
- 7-Teklif veren firma bütün bu şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır.
- 8-Malzeme bedelleri, malzemenin teslimine müteakip Kurumumuz Döner Sermaye Saymanlığı/ Muhasebe Birimi tarafından 120 (YüzYirmi) gün içerisinde ödenecektir. Ancak; Nakit Yetersizliği Durumunda Muhasebat Genel Müdürlüğü 12.02.2009 Tarih ve 2277 Sayılı yazısına ve Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığının 2010/14 Sayılı Genelgesine İstinaden Faturalar Muhasebat kayıtlarına alım sırasında göre ödenecektir.
- 9-Firma TIBBİ SARF ve CİHAZ ALIMLARINDA TEKLİF ETTİĞİ MALZEMELERİN ÜTS (Ürün Takip Sistemi) 'ne kayıtlı Sağlık Bakanlığınca onaylı ürünlere ait Ürün barkod numarasını teklifinde belirtilecektir.
- 10-İstekilerin teklif etiketleri malzemelerini; Sosyal Güvenlik Kurumunca duyurulan yöntemlerle ve/veya Sosyal Güvenlik Kurumunca yayınlanan Tıbbi Malzeme Başvuru Kılavuzu kapsamında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki EK-3 listelerindeki (Ek: RG- 26/11/2016- 29900/ 11 md. Yürürlük: 01/12/2016) (Ek-3/C listeleri hariç) tıbbi malzeme alan tanımlarına (SUT kodlarına), küresel ürün numarası (barkod) bazında tanımlanmış olmalıdır.
- 11-İstekli Firma Teklif edilen tıbbi malzemelerin üretici ve/veya ithalatçısı ise kendilerine ait Firma Tanımlayıcı Numaraları varsa KEP (Kamu Elektronik Posta) Adresini teklifinde belirtilecektir. İstekli Firma Teklif edilen tıbbi malzemelerin üretici ve/veya ithalatçı firmaları adı altında ihaleye istekli olarak teklif veren bayileri ise teklif edilen tıbbi malzemelerin üretici ve/veya ithalatçı firmaların firma tanımlayıcı numaraları ve/veya ilgili internet çıktıları ile kendilerinin bayi tanımlayıcı numaraları ve/veya internet çıktılarını teklifi ile beraber verecektir.
- 12-Bu Teklif Davet Mektubuna Olumlu Ya Da Olumsuz Mutlaka 21.11.2024 09:49:10 kadar cevap verilecektir.

Adres: Varlık Mahallesi, Halil Sezai Erkut Caddesi Yenimahalle / Ankara
Doğrudan Temin Birimi Tel: 0312 797 0000
Mail: burcu.kofteci@saglik.gov.tr
NOT: ŞARTNAMELER HASTANE WEB SITEMİZDEN TEMİN EDİLEBİLİR.

BURCU KÖFTECİ
Sağlık Teknikeri
Tel: 0312 797 00 00/750245

DYZ- SEPSİS SEÇİCİ PLAZMA DEĞİŞİMİ (SPD) MEMBRANI (HO1022) TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Set pre-konnekte olmalı, filtre ve set önceden birleştirilmiş olarak aynı ambalaj içinde olmalı, tanınması için hatlar renk kodlu olmalıdır.
2. Set üzerinde heparin infüzyonu için heparin hattı bulunmalıdır. Basınç kaynaklı heparin enjektörüne kan karışması riskini ortadan kaldırmak için hattın ucunda sıvı geçişini tek yönlü gerçekleşmesini sağlayacak valf bulunmalıdır.
3. Setler ayrı ayrı predilüsyon, postdilüsyon ve aynı anda predilüsyon,postdilüsyon işlemlerini farklı oranlarda yapabilmelidir.
4. Set içerisinde 1 adet en az 5000 ml kapasiteli atık torbası olmalıdır.
5. Doğrudan veya dolaylı olarak kan ile temas eden herhangi bir sıvı yolunda (Arter-Ven, Diyalizat, Replasman, Kan öncesi (Sitrat) hatları) DEHP Bis (2- ethyl(hexyl)phthalate) bulunmamalıdır.
6. Kullanıcı hatalarının önlenmesi ve cihazın seti tanıyabilmesi için set üzerinde barkod bulunmalıdır.
7. Membran, sitokin ve endotoksinleri (inflamatuvar mediyatörlerin adsorpsiyonu/uzaklaştırma) tutabilme özelliğine sahip ve iç membran yüzeyi kalıcı heparin greftli kaplı olmalı, bununla birlikte istenildiğinde ayrı bir filtreye ihtiyaç duyulmadan sıvı ve üremik toksinlerin uzaklaştırılmasını sağlamalıdır. SUT KODU : HO1020
8. Filtreler en az 24 saate kadar tedaviye olanak vermelidir.
9. Filtre, ilave bir set veya hat gerektirmeden yavaş akımlı ultrafiltrasyon (SCUF) modunda, herhangi bir solüsyon kullanılmadan sitokin ve endotoksinleri (inflamatuvar mediyatörlerin adsorpsiyonu) tutabilme özelliğinde çalışabilmelidir.
10. Aynı filtre/setle, cihaz üzerinden sadece akış değerleri ayarlanarak sitokin ve endotoksin adsorbsiyonuna ilave olarak istenildiğinde bütün renal replasman tedavileri (SCUF,CVVH,CVVHD,CVVHDF) uygulanabilmeli, tedavi esnasında mod değişikliği yapılabilmesi, bir moddan diğerine geçmek için set/filtre değişikliği, ayrı bir set/filtre ihtiyacı veya line yer değişikliği gerekmemelidir.
11. Aynı filtre/setle CRRT tedavisinde (SCUF,CVVH,CVVHD,CVVHDF) heparinli, heparinsiz ve sitrat antikoagülasyonu tüm modalitelerde gerçekleştirilebilmelidir. Sitrat antikoagülasyonu tedavisi için farklı filtre/set veya ayrı sitrat hattı gereksinimi olmamalıdır.
12. Ürünün ÜTS kaydı bulunmalıdır. ÜTS kaydı bulunmayan ürünler için firma belge sunulmalıdır.
13. 1 yıl miadlı olanlar en az 10 ay, 2 yıl ve üzeri miadlı olanlar en az 12 ay miadlı olacaktır. Ayrıca, insan kaynaklı ya da uzun süre insan vücudunda kalmasından kaynaklı olası komplikasyonlara sebep olması vb. Durumlar için kısa miadlı üretilen ürünlerle ilgili SB Modülü üzerinden firmalarca bildirimde bulunulması halinde ürün şartname özelinde değerlendirilebilecektir.
14. Tüketim öngörüsü yapılamayan ve müşterilerde bulundurulması zorunlu, Sağlık Bakanlığınca kodları bildirilen ve bu ek hususlarda belirtilen ürünler için 24 ay ve daha kısa raf ömrüne sahip olanlar teslim tarihi itibarıyla raf ömrünün en az 2/3 (üçte ikisi) kadar miadlı olmalıdır. 24 aydan daha uzun miadı olan ürünler için ise en az 20 (yirmi) ay miad şartı aranacaktır.

Doç.Dr. Fatma YILDIRIM
Etlik Şehir Hastanesi
Dip.Tescin No: 105
Göğüs Hastalıkları Uzmanı
Öğretim Üyesi

Doç.Dr. İpek ÇANDENİZ
Göğüs Hastalıkları Uzmanı
Üzm.Tes.No: 87045

T.C. Sağlık Bakanlığı
Ankara Etlik Şehir Hastanesi
Doç.Dr. Ayhan ÖZGEN
Göğüs Hastalıkları Uzmanı
Dip.Tes.No: 10373 / Üzm.Tes.No: 82574