

T.C.  
ADANA VALİLİĞİ  
Adana İl Sağlık Müdürlüğü  
Seyhan Devlet Hastanesi

Sayı : 9254544/

Konu:Fiyat Teklifi

Hastanemizin ihtiyacı olan 1 kalem Povidon İyot İçeren % 7,5 Antiseptik Solüsyon Alımı işi satın alınacaktır. İlgilendiğiniz takdirde K.D.V. hariç fiyat teklifi göndermenizi, teklifinizde teslimat süresinin de bildirilmesini arz/rica ederim

İHTİYAÇ LİSTESİ

S.No	MALZEME ADI	Miktarı	Birimi	Birim Fiyatı	Toplam Tutar
1	POLİVİDON İYOT İÇEREN %7,5 ANTİSEPTİK SOLÜSYON 1000 ML ŞİŞE	300	Adet		
Toplam					

Dikkat Edilecek Hususlar Ve Alım Şartları

Son Teklif Verme Tarihi:15.12.2021 16:00:00

- 1-Teklif edilen Fiyat KDV hariç olacaktır.
- 2- Mal/ Hizmet ve Yapım işlerinde gerekli tüm nakliye işlemleri yüklenici firma tarafınan karşılanacaktır.
- 3- Alıma Hile, desise, vait, tehdit, nüfuz kullanma suretiyle fesat karıştıranların tespit edilmesi halinde yine 4734 sayılı KİK Kanununun ilgili hükümleri uygulanacaktır.
- 4-Malzeme tesliminde teklifte belirtilen kalite ve marka esas alınacak, benzer, muadili vb. Malzemeler kabul edilmeyecektir.
- 5- Bu mektupla birden fazla malzeme için telif gönderilmiş ise her kalem malzeme için teklif fiyatı yazılacak, eksik teklifler değerlendirilmeyecek, değerlendirme tüm malzemenin toplam bedeli üzerinde veya ayrı ayrı yapılacaktır.
- 6-Verilen süre içerisinde teslim edilmeyen teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır.
- 7-Teklif veren firma yukarıda yazılı tüm şartları aynen kabul etmiş sayılacaktır.
- 8-Ödeme Zamanı:Fatura muhasebe birimine intikal etmesini müteakip 120 (Yüz Yirmi) takvim günü içerisinde (Muhasebe biriminin nakit durumuna göre) ödeme yapılacaktır.
- 9-Tedarikçi firma alımına ilişkin olarak düzenleyeceği faturada malzemenin barkod numarası ile Sut kodunun belirtecektir.
- 10-Tedarikçi firma bunların Sut hükümleri doğrultusunda doğru eşleştirilmiş olmasından sorumludur.Geri ödeme kurumu barkod ve Sut kodlarının eşleştirilmesi ile ilgili olarak TITUBB kayıtlarının esas almadığından,hastanemiz idaresi de bu kayıtları esas almayacaktır,anılan kurumun herhangi bir surette malzeme barkod ve Sut kodunun doğru eşleşmediğini tesbit ederek geri ödeme yapmaması halinde oluşan zarar nedeniyle idare tarafından tedarikçi firmaya rücu edilecektir.
- 11-Yüklenici yapılan işe ilişkin hakediş ve alacakların idarenin yazılı izni olmaksızın başkalarına devir veya temlik edemez.Temliknamelerin noterlikçe düzenlenmesi ve idare tarafından istenilen kayıt ve şartları taşınması zorunludur.

Not:1-Mal teslimi ile faturanın birlikte edilmesi (Aynı gün içinde) gerekmektedir.

2-Muayene kabul birimi dışındaki teslimatlarda oluşan sorumluluk ilgili yükleniciye aittir.

FİRMA-KAŞE  
İMZA

SEYHAN DEVLET HASTANESİ

YeniBaraj Mah Hacı Ömer Sabancı Cad. Seyhan/ADANA

Tlf:03222259329 Dahili:2647 Fax:0322 227 25 55 e\_mail:adanadhs6.satinalma@sağlik.gov.tr

## %7.5 POVIDON İYOT SIVI SABUN (SCRUB) TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. %7.5 oranında povidon-iyot içermeli , cerrahi el antisepsisi için kullanıma uygun sıvı sabun (scrub) formunda olmalıdır.
2. Ürünün geçerli biyosidal ürün ruhsatı bulunmalı , teklifle birlikte aslı ya da onaylı olarak sunulmalıdır.
3. Ürün alkol içermemelidir.
4. Cerrahi el antisepsisinde , cilt ve yara dezenfeksiyonunda seyreltilmeden kullanıma uygun olmalı , ellerde alerjik reaksiyona ve cilt irritasyonuna neden olmamalıdır.
5. 1000 ml'lik , kilitli kapak sisteminde , ürünü güneş ışığından koruyacak şişelerde ambalajlanmış olmalıdır.
6. Üzerinde görünür şekilde etken madde miktarı , hacmi , kullanım şekli , imalat seri numarası , saklama koşulları , son kullanma tarihi ve barkodu yer almalıdır.
7. Ürün ambalajında %10'luk povidon iyot antiseptik solüsyonla karışıklığı önlemek için etken madde oranı açıkça belirtilmeli , ambalaj renkleri farklı olmalıdır.
8. Değerlendirme için istenen bilgileri içeren ürüne özel eksiksiz bir dosya ve orijinal 3 adet ürün numune olarak bırakılmalıdır.
9. Numune olarak bırakılan ürünler hastanemizde denenerek , uygunluk kararı verilecek ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından onaylanacaktır.
10. Ürünlerin depoya teslimi sırasında Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından gerekli görüldüğü takdirde komitenin belirteceği bir laboratuvardan ücreti firmaya ait ve alınacak miktarın %1'ini geçmemek kaydıyla etken madde analizi yaptırılacaktır.

Seyhan Devlet Hastanesi  
Op. Dr. Levent ÇELİK  
Dip. Tes. No: 55349  
Üroloji Uzmanı

Seyhan Devlet Hastanesi  
Uzm. Dr. Hakan ANIL  
Dip. Tes. No : 473313  
Üroloji Uzmanı

Op. Dr. Selma YALIN  
151167  
Seyhan Devlet Hastanesi  
Uzm. Dr. Selma YALIN  
Dip. Tes. No: 13167  
Çocuk Cerrahi Uzmanı