

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

02/10/2025

DN

İlan No : 2025-10-3756
İstem No : 82839
Alım No :
Talep Eden Birim : Hemodiyaliz / Hemodiyaliz A Odası
Konu : KIRTASIYE ALIMI

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 07/10/2025 17:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Tesl. Süresi (Gün)
1	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ İSTEM FORMU, 100 SAYFA, BOYUT A5, NEF-FR-17	1500	Adet					
2	HEMODİYALİZ ÜNİTESİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU, BŞH-FR-56	2000	Adet					

Mersin Üniversitesi Hastanesince aşağıda cins,miktar ve özellikleri belirtilen malzemelerin satın alınmasına ihtiyaç duyulmuştur. Proforma faturanın aşağıdaki şartlara göre düzenlenerek Satınalma Birimine gönderilmesini rica ederim.

- 1-Tekliflerin yazılı olması,
 - 2-İhale dökümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi,
 - 3-Teklif verilen malzemelerin teslim süreleri, varsa barkod numarası, markaları ve ambalaj şekillerinin yazılması,
 - 4-TL (Türk Lirası) olarak fiyat verilip,birim fiyatlarının rakamla ve yazıyla yazılması,
 - 5-Üzerinde kazıntı,silinti,düzeltilme bulunmaması,
 - 6-Ad,Soyad veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması,
 - 7-Teklif verilmeyecekse FAKS veya mail yoluyla mesajının bir açıklama ile gönderilmesi,
 - 8- Malzemeler ilgili firma yetkilisince depoya teslim edilecektir.Kurum bilgisi ve izni dışında kargo ile yapılan malzeme,fatura,irsaliye teslimatları kesinlikle kabul edilmeyecektir.
 - 9- Teklif verilen malzemelerin, idarenin kesin siparişine müteakip teslim sürelerinin teklif mektubunda bildirilmesi zorunludur.Teslim süresi ve opsiyon süresi bildirilmeyen teklifler kesinlikle kabul edilmeyecektir.
- Önemli 10- Fiyat teklif cetveline teslimat süreleri mutlaka yazılmalıdır**

TESLİMAT SÜRESİ, VARSA UBB KODU,MARKA BELİRTİLMİYEN TEKLİFLER DEĞERLENDİRME DIŞI OLACAKTIR,TEKLİFLER SIRA NUMARASINA GÖRE VERİLMELİDİR.

İrtibat TLF: 0324 241 00 00 -22598-22593-22570-22595-22573

Mail adresi: hastanesatinalma@mersin.edu.tr

Fiyat opsiyonu en az 45 gün olacaktır.

Büyüamin GÜLTEKİN
Hastane Müdür Yrd.

NOT : İlanlarımız www.mersin.edu.tr adresinde yayımlanmaktadır.

HEMODİYALİZ ÜNİTESİ HEMŞİRE GÖZLEM FORMU ŞARTNAMESİ

1. YAZILAR VE ÇİZGİLER SİYAH RENK OLMALIDIR.
2. SAMAN KAĞIDI OLMALIDIR.
3. İÇERİĞİ VERİLEN ÖRNEKTEKİ GİBİ OLMALIDIR.
4. TEK YÜZ OLMALIDIR.
5. ÖRNEK FORMDAKİ BOYUTLARDA VEYA A4 BOYUTUNDA OLABİLİR.

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ İSTEM FORMU

1. YAZILAR VE ÇİZGİLER SİYAH RENK OLMALIDIR.
2. SAMAN KAĞIDI OLMALIDIR.
3. İÇERİĞİ VE BOYUTU ÖRNEKTEKİ GİBİ OLMALIDIR.
4. TEK YÜZ OLMALIDIR.
5. KOÇAN OLMALI HER BİR KOÇAN 100 FORM İÇERMELİDİR.

Ezra KOSE
Hemodiyaliz
Sonu Hemsire

Prof. Dr. Ahmet Alper KIYKIM
MEÜ Sağlık Araştırma
ve Uygulama Merkezi
İç Hast. Nefroloji
Bilg. Tes. No: 83744