

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

TEKLİF İSTEME FORMU

30/10/2025

İlan No : 2025-10-4068
İstem No : 83185
Alım No :
Talep Eden Birim : Enfeksiyon / Enfeksiyon Aşı Polikliniği
Konu : KIRTASIYE MALZEMESİ ALIM

DN

Talep Edilen Hasta :

Son Teslim Tarihi & Saat : 03/11/2025 10:00:00

S.No	Malzeme Açıklaması	Miktar	Birim	Birim Fiyat	Toplam Tutar	Marka	UBB kodu	Test. Süresi (Gün)
1	ÇOCUK SAĞLIĞI HASTALIKLARI KUDUZ AŞISI UYGULAMASI BİLGİLENDİRME FORMU, BOYUT A5, ÇSH-FR-294	2000	Adet					
2	KUDUZ BİLGİLENDİRME FORMU, OTOKOPİLİ, 50 SAYFA, BOYUT A4	100	Adet					
3	KUDUZ RİSKLİ TEMAS VAKA İNCELEME FORMU	5000	Adet					
4	ENFEKSİYON HASTALIKLARI A.D. KUDUZ AŞISI UYGULAMASI BİLGİLENDİRME FORMU, BOYUT A5, ENF-FR-22	2000	Adet					
5	AŞI TAKİP DEFTERİ, BOYUT A4, BEZ CİLTİLİ, BŞH-FR-276	15	Adet					

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

1-Tekliflerin yazılı olması.

2-İhale dokümanının tamamen okunup kabul edildiğinin belirtilmesi,

3-Teklif verilen malzemelerin KDV hariç birim fiyatları, KDV hariç toplam tutarları, marka ve teslim süreleri, T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemine (ÜTS) kayıtlı ürünler için barkod numarası, kapsam dışı ürünler için kapsam dışı olduğunun belirtilmesi/ yazılması,

4-TL (Türk Lirası) olarak fiyat verilir, birim fiyatlarının rakamla ve/veya yazıyla yazılması,

5-Üzerinde kazıntı, silinti, düzeltme bulunmaması,

6-Ad, Soyadı veya ticaret unvanı yazılmak suretiyle yetkili kişilerce imzalanmış olması.

7-Teklif verilmeyecekse faks veya mail yoluyla cevap verilmesi,

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.

10-Teklif edilen kalemlerden tıbbi cihaz kapsamında olan ürünler için T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemi 'ne (ÜTS) kayıtlı olmalı ve bu kayıt bildirim işlemlerini eksiksiz olarak tamamlamış olmalıdır.

11-Geri ödeme kapsamında olan ürünlerin T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemi'ne ve T.C Sosyal Güvenlik Kurumu Medula sistemine kayıtlarını yapmış ve tamamlamış olmalıdırlar

12-T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Ürün Takip Sistemi 'ne (ÜTS) kayıtsız, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olmayan, T.C Sosyal Güvenlik Kurumu Medula, sistemine kayıtlarını tam olarak yapmamış olan kalem/kalemlere ait teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır

ÖNEMLİ:

1) Yukarıda sayılan maddeler de belirtilen şartlara uygun olarak verilmeyen teklifler değerlendirmeye alınmayacaktır.

2) SİPARİŞ TUTARI 100.000,00 TL ALTINDAKİ MALZEMELER HASTANEMİZ DEPOSUNA KARGO YOLU İLE TESLİM EDİLEBİLECEKTİR.

İrtibat Telefon: 0324 241 00 00 - 22570-22593-22598

Mail adresi: hastanesatinalma@mersin.edu.tr

Fiyat opsiyonu en az 45 gün olacaktır.

NOT: İlanlarımız” <https://hastane.mersin.edu.tr/tr/kurumsal-satin-alma-ilanlari/>” adresinde yayınlanmaktadır.

**Bünyamin GÜLTEKİN
HASTANE MÜDÜR YRD.**

KUDUZ AŞISI UYGULAMASI BİLGİLENDİRME FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ (ÇOCUK)

1-Kuduz aşısı uygulaması bilgilendirme formu kuduz aşısı uygulanan birimlerde kullanılmak üzere düzenlenmiştir.

2-3.hamur kağıttan (saman kağıdı) basılmış olmalıdır.

3-Form A5 (14,8 x21cm) ölçülerinde olmalıdır.(Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)

4-Form 3.hamur kağıt üzerine siyah yazılı olarak basılmalıdır. (Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)

Şimali
Kalite Birim Sorumlusu

örten 1. sayı

fuin
Prof. Dr. Cülden ERSÖZ

KUDUZ AŞISI UYGULAMASI BİLGİLENDİRME FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ (YETİŞKİN)

1-Kuduz aşısı uygulaması bilgilendirme formu kuduz aşısı uygulanan birimlerde kullanılmak üzere düzenlenmiştir.

2-3.hamur kağıttan (saman kağıdı) basılmış olmalıdır.

3-Form A5 (14,8 x21cm) ölçülerinde olmalıdır.(Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)

4-Form 3.hamur kağıt üzerine siyah yazılı olarak basılmalıdır. (Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Prof. Dr. Cülden ERSÖZ
Merkezi Üniversitesi Hastanesi
Merkezi Hastane Mikrobiyoloji
Bölümü

Özlem Kaya

53374

5.000

KUDUZ RİSKLİ TEMAS VAKA İNCELEME FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-Kuduz riskli temas vaka inceleme formu kuduz aşısı uygulanan birimlerde kullanılmak üzere düzenlenmiştir.
- 2-3.hamur kağıttan (saman kağıdı)basılmış olmalıdır.
- 3-Kuduz riskli temas vaka inceleme formu arkalı-önlü olacak şekilde basılmalıdır.
- 4-Form A4(21x29,7cm)ölçülerinde olmalıdır.(Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)
- 5-Form saman kağıdı üzerine siyah yazılı olarak basılmalıdır. (Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)

Şimali CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Prof. Dr. Cilden ERSÖZ
Merkezi Tıbbi ve Klinik Mikrobiyoloji
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Tic. Sic. No.: 56983

Özle Kaya

KUDUZ BİLGİLENDİRME FORMU TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-Kuduz bilgilendirme formu kuduz aşısı uygulanan birimlerde kullanılmak üzere düzenlenmiştir.
- 2-2.hamur kağıttan iki nüsha otokopili, ilk sayfa beyaz ikinci sayfa sarı olacak şekilde 50 sayfalık basılmış olmalıdır.
- 3-Form 19 x28,5cm ölçülerinde olmalıdır.(Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)
- 5-Form 2.hamur kağıt üzerine siyah yazılı olarak basılmalıdır. (Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Prof. Dr. Cülden ERSÖZ
Mersin Üniversitesi Hastaneleri
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Tıp. Tes. No.: 56983

Özlem Kaya

AŞI TAKİP DEFTERİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

- 1-Aşı kayıt defteri aşı uygulanan birimlerde kullanılmak üzere düzenlenmiştir.
- 2-Ciltli bordo renkli, dikey , defter dış ebatları 32*23 cm, defter iç yaprakları 31*22,2 cm 1.hamur kağıttan beyaz renkli basılmış olmalıdır.
- 3-Defter, beyaz kağıt üzerine siyah yazılı olarak basılmalıdır. (Gönderilen örnek forma uygun şekilde basılmalıdır.)
- 4-Defter ortalama 260 sayfa, arkalı önlü basılmış olmalı her sayfada sayfa sıra numarası olmalıdır.

Şimal CAN
Kalite Birim Sorumlusu

Prof. Dr. Cülden ERSÖZ
Merkez Hastanesi Hastane 351
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
T.C. T.C. No: 56983

Özle Kay