



T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ağrı Doğubayazıt Dr. Yaşar Eryılmaz Devlet Hastanesi



Sayı : E-68917221-949-251419272
Konu : Teklife Davet

16.08.2024

İLGİLİ FİRMALARA

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Hastanemiz için gerekli olan **HASTANEMİZ ACİL BİRİMİNDE KULLANILMAK ÜZERE 2 KALEM AMBU SETİ ALIM İŞİ** 4734 sayılı ihale Kanununun 22/D maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının **23/08/2024** tarih ve saat 10:00'a kadar ddhsatinalma@gmail.com adresine göndermenizi rica ederim.

Bülent ÖZCAN
İdari Mali İşler Müdürü

SIRA NO	MALZEME ADI	BİRİM	MİKTA R	BİRİM FİYAT	TOPLAM TUTAR
1	AMBU SETİ, TEK KULLANIMLIK, PEDIATRİK	20	ADET		
2	AMBU SETİ, TEK KULLANIMLIK, YETİŞKİN	30	ADET		
GENEL TOPLAM (KDV HARIÇ):					

Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe

OLUR
Uzm. Dr. Demet ÖKKE
Başhekim

NOTLAR

- 1) Verceğiniz fiyat tekliflerinde firma kaşesi, yetkili imzası, Vergi No veya TC Kimlik Numarası olmak zorundadır.
- 2) Malzemenin şartnameye uygunluğunun değerlendirilmesi için idarenin talep etmesi durumunda numune verilecektir. Sipariş sonrası gönderilen malzemenin numune ile uyuşmaması durumunda sipariş iptal edilmiş sayılacaktır.
- 3) Teklif edilen malzemenin TITUBB/ÜTS kaydı ve onaylanmış ürün UBB barkod numarası olması gerekmektedir.
- 4) Teklifler (rakam yazı ile) KDV hariç TL olarak düzenlenecektir.
- 5) Alternatif teklif kabul edilmeyecektir.
- 6) Ödemeler 180 gün içerisinde yapılacaktır.
- 7) Alım konusu cihaz ise eğitimi hastanemizde ücretsiz yapılacaktır.
- 8) Teklif sonucu siparişi çekilen mal veya hizmetin geçerli bir mazeret olmaksızın verilen süre içerisinde teslim edilmemesi veya yapılmaması durumunda 1 yıl içerisinde yapılan diğer alımlarda verilen teklifler hastane idaresince değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- 9) Teknik Şartname ektedir. Teknik Şartnameyi kabul edildiğine dair imza kaşe yapıp teklifle birlikte gönderilmelidir.
- 10) Teklif veren firma/firmalar yukarıdaki maddeleri kabul etmiş sayılır.

Adres: Ağrı yolu üzeri 5.km Doğubayazıt/AĞRI Telefon:0472 312 60 47 e-posta:ddhsatinalma@gmail.com

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 462C3B86-CB35-451C-9C0F-2A6854529C8A

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>


Dr. Yaşar Eryılmaz Doğubayazıt Devlet Hastanesi Ağrı Çevre Yolu Üzeri 5.Km
Doğubayazıt / AĞRI 04400
Telefon No: 04723126047 Faks No : 04723125447
e-Posta: <https://dogubayazitdh.saglik.gov.tr>
Kep Adresi: dogubayazitdh@hs01.kep.tr

Bilgi için: Şenay SAPMAZ
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 04723126047 - 215




AMBU SETİ

SMT Temel İşlevi:	1. Solunum fonksiyonunu bir şekilde tamamen kaybetmiş ya da yeterince nefes alamayan hastalara pozitif basınçlı ventilasyon sağlamak amacı ile tasarlanmış medikal el cihazı şeklinde olmalıdır.
SMT Malzeme Tanımlama Bilgileri:	2. Ürünün manuel solunum balonu tipi, yaş gruplarına göre de yetişkin, pediatrik ve infanttipleri olmalı ve bu tiplerin tek kullanımlık PVC ve/veya çok kullanımlık silikondan mamul ürün çeşitleri olmalıdır.
Teknik Özellikleri:	YETİŞKİN TİP: 3. Ambu balonu PVC veya silikon malzemeden yapılmış olmalıdır. 4. Ürün esnek ve eski haline en kısa sürede dönebilecek yapıda olmalıdır. 5. Silikonambu balonuna sahip ürünler çift torbalı yapıda imal edilmiş olmalı ve/veya pop-off valfine sahip olmalıdır. 6. Ürün rahatsız edecek şekilde kokmayan medikal malzemeden üretilmiş olmalıdır. 7. Ambu balonu ile birlikte (PVC ve silikon):1(bir) adet kancalı şişirilebilen şeffaf ambu maskesi, iki adet air-way ve oksijen bağlantı hortumu set içinde bulunmalıdır. 8. Tek yönlü güvenlik valfi bulunmalıdır. 9. Balon hacmi 1300 ile 1500ml, oksijen rezervuar hacmi ise 1200 ile 2500ml arasında olmalıdır. 10. PVC ambu üzerinde hastayı aşırı basınçtan koruyan 'pop-off valf' bulunmalı, silikon olan türlerde bu valf görevini çift torba yapabilmeli ya da pop-off valfine sahip olmalıdır. 11. Basınç ayarı max 60(±10)cm H ₂ O olmalı, valf üzerinde max basınç ayarlama seviyesi yazılı olmalıdır. 12. Ambunun alt kısmında oksijen bağlantı girişi bulunmalıdır. 13. Maske bağlantı konnektörü, ambunun her yöne rahatlıkla dönebilmesi için 360 derece dönen bir yapıda olmalıdır. 14. Ambu maskesi sekresyonun görülebilmesi için şeffaf ve yumuşak yapıda olmalıdır. 15. Ambu balonu, konnektörü ve valf içerisinde toz-partikül olmamalı yüzeyi temiz olmalıdır.

Bahadır Kayaşın


Dezinfektan
Dip
440


Abdullah
Kerem



AMBU SETİ

PEDİATRİK TİP:

16. Ambuiçeresinde pediatrik hasta kullanımına uygun 2 farklı numara üçgen şekilde olmak üzere toplam 2 adet maske bulunmalıdır.
17. Ambu: Basınç rahatlatma Valf Asamblesi, Rezervuar valfi, Oksijen rezervuarı torbadan (silikon ve/veya PVC) oluşmalıdır.
18. Ambuseti içerisinde 60-70-80mm olmak üzere 3 adet air-way bulunmalıdır.
19. Cihazın basınç rahatlatma valfi bulunmalı ve etki aralığı 40(±5)cmH2O olmalıdır.
20. Cihazın vuruş hacmi aralığı 300 ile 350 ml. (±%1) olmalıdır.
21. Cihazın rezervuar hacmi 1600ml ile 2700ml, ventilasyon poşet hacmi 500ml ile 700ml arasında olmalıdır.
22. Ambumax. 105 nefes/dk. uygulanabilir olmalıdır. Oksijen konsantrasyonu rezervuar torbası ile %99 rezervuarsız ise %45 olmalıdır.
23. .

Genel Hükümler:

24. Ambu seti içerisinde Türkçe en az 1 adet kullanma kılavuzu olmalıdır.
25. Ambu setinin hem kolay taşınabilmesi hem de işlemden sonra temiz bir şekilde saklanabilmesi için özel ambalajı olmalıdır.
26. Silikon ambu tipi en az 275F ve/veya 121C derecede otoklavda steril edilebilmelidir.
27. Tüm parçalar etilen oksit ve hasta ile temas sonrası kullanılan genel dezenfektan solüsyonlar ile steril edilebilmelidir.
28. Ürün kokusuz olmalı ,kanserojen ağır metaller (stabilizatörler, Ftalat), ve hayvansal doku içermemelidir. Akredite bir kurumdan Biyo-uyumluluk testleri yapılmış olmalıdır.
29. Numune olarak bırakılan ürünler hastanemizde denenerek uygunluk kararı verilecektir. Bu nedenle 1 adet numune bırakılmalıdır.

Behiye Kavaycı




Abdullah
Koskun
