



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



Sayı : E-68917221-949-286467128
Konu : Teklife Davet

28.08.2025

İLGİLİ FİRMALARA

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Hastanemiz için gerekli olan **MİKROBİYOLOJİ LABARATUVARI İÇİN 3 KALEM TEST ALIM İŞİ** 4734 sayılı ihale Kanununun **22/D** maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının **29/08/2025** 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	MİKTAR	BİRİM FİYAT	TOPLAM TUTAR
1	TREPONEMA PALLIDUM HEMAGLÜTİNASYON TESTİ (TPHA)	KUTU	6		
2	KİST HİDATİK İMMÜNOKROMOTOGRAFİK TEST	KUTU	6		
3	SARS-COV-2(COVİT-19) KASET TESTİ	KUTU	10		
GENEL TOPLAM (KDV HARIÇ):					

Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe

OLUR
Dr.YASİN ÇOLAK
Başhekim V.

NOTLAR

1. Vereceğiniz 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 TİTUBB/ÜTS kaydı ve onaylanmış ürün UBB narkod 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.
11. Kısmi tekliflere KAPALIDIR.

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: E6B33BEC-DC97-4769-ABC2-07FE335E020B

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: İnternet Adresi: <https://dogubayazitdh.saglik.gov.tr>

Kep Adresi: dogubayazitdh@hs01.kep.tr

Bilgi için: Neriman İLHAN

Tıbbi Sekreter

Telefon No:



TREPONEMA PALLIDUM HEMAGLÜTİNASYON (TPHA) TEST İÇİN TEKNİK ŞARTNAME

1. Sifilis serolojisinde kullanılan spesifik treponemal antijenleri ihtiva eden Treponema pallidum hemaglütinasyon test yöntemi ile çalışıyor olmalıdır.
2. Kitler; dilüent solüsyonu, U tabanlı 96 çukurlu sulandırma plağı, kontrol hücresi, pozitif kontrol serum ve negatif kontrol serum ihtiva etmelidir.
3. Tüm kontroller ve reagen kullanıma hazır olmalıdır.
4. Çalışmadığı tespit edilen kitler firma tarafından ücret talep etmeden yeni kitle değiştirilmelidir.
5. Testlerin miadı, teslim tarihinden itibaren en az 12 ay olmalıdır.

KİST HİDATİK (Echinococcus Granulosus) İMMÜNOKROMOTOGRAFİK TEST İÇİN ŞARTNAME

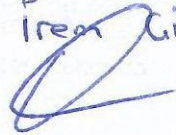
1. Serum/plazma örneklerinde Echinococcus granulosus karşıtı toplam antikorun kalitatif tespiti için immünokromatografik bir test olmalıdır.
2. Teklif edilen ürün Kist-hidatik devoloper solüsyonu içermelidir.
3. Ürün 25 testlik ambalajlarda olup oda ısısında saklanabilmelidir.
4. En geç 30 dakika içinde test sonuçlandırılabilmelidir.
5. Kaset üzerinde testin geçerliliğini kontrol etmek için mutlaka bir kontrol çizgisi içermelidir.
6. Teklif edilen ürün Leishmania infantum, Taenia solium, Trichinella spiralis, Toxoplasma gondii vb. ile çapraz reaksiyon veya etkileşim oluşturmamalıdır.
7. Ürünün özgüllüğü ve duyarlılığı % 94 ün üzerinde olmalıdır.
8. Testlerin miadı, teslim tarihinden itibaren en az 12 ay olmalıdır.

SARS- CoV-2 (COVID-19) KASET TEST İÇİN TEKNİK ŞARTNAME

- 1- SARS-CoV-2 (Covid-19) IgG ve IgM antikorlarının hızlı tanısı için uygun olmalıdır.
- 2- Test hızlı immünokromatografik lateral akım prensibine dayanan kaset test tarzında olmalıdır.
- 3- Test anti- SARS-CoV-2 IgG antikorlarını ve anti- SARS-CoV-2 IgM antikorlarını ayrı ayrı gösterebilmelidir.
- 4- Test için gerekli olan tüm reaktifler kit içerisinde bulunmalıdır.
- 5- Test tam kan, plazma ve serumda çalışmaya uygun olmalıdır.
- 6- Test 10-15 dk içinde sonuçlanmalıdır.
- 7- Testin tanılal sensitivitesi %95'in üzerinde, tanılal spesifitesi %98'in üzerinde olmalıdır.
- 8- Testlerin miadı, teslim tarihinden itibaren en az 12 ay olmalıdır.

Dr. Yaşar Eryılmaz
Doğubayazıt Devlet Hastanesi
Dr. Rukiye AKBÖĞA
Dip.Tes.No. 176741

Handan ÖZER


Pirene GİFTÇİ


Emrah ESLEK
