



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



Sayı : E-68917221-949-288512862
Konu : Teklife Davet

17.09.2025

İLGİLİ FİRMALARA

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Hastanemiz için gerekli olan **FİZİK TEDAVİ ÜNİTESİ İÇİN 1 ADET STİMÜLATÖR TERAPİ CİHAZLARI ,STİMÜLASYON CİHAZI FASİYAL KAS ELEKTRİKSEL ALIM İŞİ** 4734 sayılı ihale Kanununun 22/D maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının **24/09/2025** 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	STİMÜLATÖR TERAPİ CİHAZLARI ,STİMÜLASYON CİHAZI FASİYAL KAS ELEKTRİKSEL	ADET	1		
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 TITUBB/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 eğitim 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: 8AE9E7B4-16FB-4C'E8-BF12-3D0F607B2FB2

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: dogubayazitdh.saglik.gov.tr
Kep Adresi: dogubayazitdh@hs01.kep.tr

Bilgi için: Neriman İLHAN
Tıbbi Sekreter
Telefon No:



PORTATİF NÖROMUSKÜLER STİMÜLASYON CİHAZI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Cihaz, portatif yapıda olup nöromusküler elektrik stimülasyonu amacıyla tasarlanmış olmalıdır.
2. Cihazın TENS ve EMS uygulamaları için birbirinden tamamen bağımsız 4 kanalı olmalıdır.
3. Cihaz, dahili bir bataryaya sahip olmalıdır.
4. Cihazın dijital ekranında, program adı, uygulanan akım türü, tedavi zamanı, her kanal için ayrı ayrı akım şiddetleri, pil göstergesi, çalışma ve dinlenme periyodları izlenebilmelidir.
5. Cihazda en az 65 adet hazır program bulunmalıdır. Bu programlar, sporcu sağlığı, fiziksel şekillenme, medikal akımlar ve enterferansiyel başlıkları altında toplanmış olmalıdır.
6. Cihazda medikal akımlar başlığı altında, mikroakım, denerve, iyontoforezis, ağrı için TENS ve rehabilitasyon için EMS akımlarını içeren hazır programlar olmalıdır.
7. Cihazla TENS ve EMS dışında, mikroakım, enterferansiyel, denerve akım uygulamaları yapılabilirdir.
8. Cihazın, programlama modu olmalı, kullanıcı bu menüden TENS ve EMS için kendi protokollerini oluşturabilmelidir. Cihazda, bu protokoller için en az 10 adet boş protokol hafızası olmalıdır.
9. Programlama modunda, cihazın çalışma frekansı 1 – 150 Hz arasında; atım genişliği 15 – 500 µsn arasında ayarlanabilmelidir.
10. Cihazın 4 kanalının akım şiddeti de 120 mA'e kadar bağımsız ayarlanabilmelidir.
11. Cihazda Favori programlar menüsü olmalı, sık kullanılan protokoller, bu menü altına eklenerek kolay erişim sağlanabilmelidir. İstenildiğinde, bu menüye eklenen programlar kolayca silinebilmelidir.
12. Cihazda son uygulanan 10 tedaviye hızlı şekilde ulaşmak mümkün olmalıdır.
13. Cihazda 2+2 özelliği olmalı, iki kanaldan bir akım verilirken, diğer iki kanaldan başka bir akım verilebilmelidir.
14. Cihazın kullanım dilleri arasında Türkçe de olmalıdır.
15. Cihazlarda kullanıcı seçimi yapılarak, aynı cihazda farklı kullanıcıların ayarları ve parametreleri saklanabilmelidir. En az 3 farklı kullanıcı seçilebilmelidir.
16. Cihazın hazır programlarından elektrot yerleştirme bölgelerinin resimlerini görmek mümkün olmalıdır.
17. Cihazın 4 kanalının akım şiddeti birbirinden bağımsız ayarlanabilmeli, istenirse 4 kanalın akım şiddeti aynı anda tek tuşla artırılabilir, tek tuşla azaltılabilir.
18. Cihazda uygulamayı istenildiğinde durdurup, daha sonra kaldığı yerden devam ettirmek mümkün olmalıdır.
19. Cihazın hazır protokollerinin tedavi zamanı istenirse değiştirilebilmeli, çok fazlı programlarda kullanılmak istenmeyen faz, tek tuşla geçilebilmelidir.
20. Cihazın TENS, EMS, denerve, enterferansiyel akımları için kullanılan kabloları farklı renklerde olmalı, böylece uygulama sırasında kanallar kolayca seçilebilmelidir.
21. Cihazın ayar menüsünden arka ışık süresi, kontrast ayarı, otomatik kapanma zamanı, dil seçimi, servis sesleri ayarları yapılabilirdir.
22. Bataryanın durumu, istenildiğinde cihaz ayar menüsündeki kodlar aracılığıyla incelenebilmeli, bu sayede ileride batarya değişimine gerek duyulup duyulmadığı kullanıcı tarafından tespit edilebilmelidir.
23. Cihazla birlikte verilecek aksesuarlar

- a. Taşıma çantası
- b. Şarj adaptörü ve kablosu
- c. 4 adet TENS, EMS, denerve, enterferansiyel uygulamaları için renkli kablo
- d. 2 adet mikroakım ve iyontoforez için gri kablo
- e. 8 adet yapışkanlı elektrot
- f. 1 adet kullanım kılavuzu

M.rol
KEMALÖĞRÜ



Zuhal
KALIRAMAN



Korim
TAYFUR

