



T.C.
AĞRI VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Doğubayazıt Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

Sayı : E-99989031-949-303693520
Konu : TEKLİFE DAVET

03.02.2026

TEKLİFE DAVET
(İLGİLİ FİRMALARA)

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Merkezimiz için gerekli olan **ŞEKER STRİBİ İLE KANDA GLUKOZ TESTİ** malzeme alım işi için 4734 sayılı İhale Kanununun 22/D maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının **06.02.2026 tarih ve saat 10:30'a kadar dogubayazitadsmstinalma@gmail.com** adresinize göndermenizi rica ederim.

Erdal SALMAN
İdari ve Mali İşler Müdürü

SIRA NO	MALZEME ADI	BİRİM	MİKTAR	BİRİM FİYAT	TOPLAM TUTAR
1	ŞEKER STRİBİ İLE KANDA GLUKOZ TESTİ	ADET	6000		

GENEL TOPLAM (KDV HARİÇ):

Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe

NOTLAR:

- 1.Malzemenin şartnameye uygunluğunun değerlendirilmesi için idarenin talep etmesi durumunda numune verilecektir.
2. Teklifler (rakam yazı ile) KDV hariç TL olarak düzenlenecektir. Genel Toplam (KDV Hariç) tutar firma tarafından yazılması gerekmektedir. Aksi takdirde yazılmazsa teklifler geçersiz sayılacaktır.
- 3.Alternatif teklif kabul edilmeyecektir, kısmi teklifler değerlendirilmeyecektir.
- 4.Ödemeler 180 gün içerisinde yapılacaktır.
- 5.Alımlar <https://agriihale.gov.tr/> e-posta adresli Ağrı Valiliği ihale yönetim sisteminde ve EKAP'ta ilan edilecektir.
- 6.Alım konusu cihaz ise eğitimi merkezimizde ücretsiz yapılacaktır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 4C186C3E-4F0F-4F1C-BD7C-BC2FB6FF108B

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

Çiftapınar Mah. Rıfki Başkaya Cad. No:2 Doğubayazıt/AĞRI 04400
Telefon No: 04723124022
e-Posta: İnternet Adresi: dogubayazitadsm.saglik.gov.tr
Kep Adresi: dogubayazit.dissagligi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Dicle UÇAR ÇAKAN
Sağlık Memuru
Telefon No:



7. Vereceğiniz fiyat tekliflerinde firmanızın kaşesi ve yetkili imzası olmak zorundadır.
8. Teklif sonucunda siparişi çekilen mal veya hizmetin geçerli bir mazaret 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.
10. Teklif veren firma/firmalar yukarıdaki maddeleri kabul etmiş sayılır. Teklifler (rakam yazı ile) KDV hariç TL olarak düzenlenecektir.
11. Teklif edilen malzemenin Sağlık Bakanlığı T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB) sistemine veya Ürün Takip Sistemine (ÜTS) kayıtlı olması ve Tıbbi ürünler için yapılan kayıtlarda/bildirimlerde "Sağlık Bakanlığı Onaylıdır" ibaresi aranacaktır.
12. Yeni kurum olduğumuzdan dolayı g-mail ile iletişime geçebilirsiniz.

ADRES: ÇİFTEPINAR MAH. RIFKI BAŞKAYA CAD. NO:2

E-POSTA: dogubayazitadmsatinalma@gmail.com

TELEFON NO: 0472 312 40 21

Mehmet Nuri İLÇİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 4C186C3E-4F0F-4F1C-BD7C-BC2FB6FF108B

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

Çiftelinar Mah. Rifki Başkaya Cad. No:2 Doğubayazıt/AĞRI 04400

Telefon No: 04723124022

e-Posta: İnternet Adresi: dogubayazitadsm.saglik.gov.tr

Kep Adresi: dogubayazit.dissagligi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Dicle UÇAR ÇAKAN

Sağlık Memuru

Telefon No:





303677122

DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ GELEN GİTİ

AĞRI DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

BAŞHEKİMLİĞİNE

Ek'te sunulan ihtiyaç talep formunda belirtilen malzemelere ihtiyacımız vardır. Alımının gerçekleştirilmesi hususunda

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Emir Can ÖZTÜRK
Taşınır Kayıt Yetkilisi

		TC. AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ			
		DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIK TESİSİ İHTİYAC TALEP FORMU			
DÖK.KODU:DMC.FR.16	YAY.TAR: 21.11.2025	REV.TAR:	REV.NO:0	SAYFA:1	
Sayı:		Tarih:			
TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ: DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ					
TALEP EDEN İLGİLİ BİRİM ADI:					
S.N	DMO& BARKOD& UBB KODU ¹	TAŞINIR KODU ¹	MALZEME ADI	TALEP MİKTARI	ÖLÇÜ BİRİMİ
1		150-03-04-220000149	ŞEKER STRİBİ İLE KANDA GLUKOZ TESTİ	ADET	600
2					
3					
4					
5					
Yukarıda istemi yapılan talebin ihtiyaçtan fazla talep edilmediği, fazla talep edilmesinden kaynaklanan yasal sorumlulukların tarafımıza ait olduğunu, hazırlanmış olduğumuz talebe ait ekteki teknik şartnamelerin yürürlükteki kanunlara, yönetmeliklere uygun olduğunu ve rekabete engel teşkil etmediğini taahhüt ederiz.					
TALEP EDEN BİRİMİN TALEP GEREKÇESİ					
DİŞ KLİNİKLERDE DİŞ ÇEKİMİ ÖNCESİ GLUKOZ ÖLÇÜMÜN YAPILMASI İHTİYACIMIZ BULUNMAKTADIR.					
TALEP EDEN BİRİM SORUMLUSU		UYGUNDUR/UYGUN DEĞİLDİR			
EMİR CAN ÖZTÜRK		İHTİYAC TESPİT KOMİSYON BAŞKANI			
		Doğubayazıt Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Dt. Mehmet Emin Nuriye			
İletişim Tel No :					
		Emir Can ÖZTÜRK Taşınır Kayıt Yetkilisi			
		Adı Soyadı ve İmzası			

Yukarıda miktarı belirtildiği üzere	 nolu kalemler depoda mevcuttur.	Emir Can ÖZTÜRK Taahhüt Kayıt Yetkilisi
Yukarıda miktarı belirtildiği üzere	 nolu kalemler depoda mevcut değildir	
MKYS Kontrolü Yapılmıştır.		/...../.....
.....	 nolu kalemlerde Stok fazlasına rastlanılmamıştır.	Adı Soyadı ve İmzası
.....	 nolu kalemlerde ekli listede belirtildiği üzere stok fazlası tespit edilmiştir.	
Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu onaylarınıza uygun görüşle arz ederim.		UYGUNDUR/UYGUN DEĞİLDİR. Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü Doğuşayazı Aile ve Sosyal Hizmetleri Merkezi Diğer Yetkililerden İlçesi
...../...../.....		Harcama Yetkilisi
Gerçekleştirme Görevlisi		Başhekim
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü Doğuşayazı Aile ve Sosyal Hizmetleri Merkezi İdari ve Mali İşler Müdürlüğü		

1 - Talebi yapan bölüm istemiş olduğu mal-malzemetler için varsa DMO Kodunu, taşıyır kodu ise depo tarafından dolduracaktır.

2- Bu form önlü arkalı tek yaprak şeklinde düzenlenmiştir.

Ek 1: İhtiyaç Tespit Komisyonu İmzalı Kararı

Ek 2 : Teknik Şartname

KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM STRİBİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Kan şekeri ölçüm stripleri, **periferik kandan glukoz ölçümü** yapmaya uygun olmalıdır.
2. Stripler **elektrokimyasal ölçüm yöntemi** ile çalışmalı ve **kodlama gerektirmemelidir**.
3. Ölçüm için gerekli kan miktarı **2–4 µL** olmalı; yetersiz kan alınması durumunda **aynı strip üzerine ilave kan verilmesine olanak sağlamalı**, yeni strip gerektirmemelidir.
4. Ölçüm süresi **en fazla 10 saniye** olmalıdır.
5. Ölçüm aralığı **en az 20–500 mg/dL** olmalıdır.
6. Stripler, **%20–60 hematokrit aralığında** doğru ve güvenilir sonuç verebilmelidir.
7. Stripler, ölçüm cihazına **kolay yerleştirilebilir, kırılmaya ve bükülmeye dayanıklı** yapıda olmalıdır.
8. Stripler **tek kullanımlık, steril ve orijinal ambalajında** olmalıdır.
9. Striplerin son kullanma tarihi, teslim tarihinden itibaren **en az 12 (on iki) ay** olmalıdır.
10. Stripler **CE belgeli** olmalı ve yürürlükte bulunan **Tıbbi Cihaz Yönetmeliği** hükümlerine uygun olarak üretilmiş olmalıdır.
11. Stripler, kullanılacağı glukometre cihazı ile **tam uyumlu** olmalıdır.
12. Firma tarafından, kalite kontrol amacıyla **en az iki (2) seviye kontrol solüsyonu** temin edilmelidir.
13. İdarenin talep etmesi halinde **numune strip** sağlanacaktır.
14. Ürünlerin **nakliye ve kargo giderleri yüklenici firma tarafından** karşılanacaktır.

Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Doğubayazıt Ağrı İlçe Sağlık Merkezi
Dt. Mehmet Nuri İlçin
Sağ Kalem

DOĞUBAYAZIT A.D.S.M.
Diş Hekimi
Mucabe ŞANK
Dip. Tes. No: 52135 Dip. No: 272

Doç. Dr. Yaşar Eryılmaz
Doğubayazıt Devlet Hastanesi
Diş Tabibi
Cemal YILMAZ
Dip. Tes. No: 35293