



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

Sayı : E-68917221-949-304487040
Konu : Teklife Davet

09.02.2026

İLGİLİ FİRMALARA

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda einsi ve miktarı yazılı Hastanemiz için gerekli olan **2 KALEM SARF MALZEME (İNTRAOSSEÖZ İĞNE SETİALIM İŞİ 4734 sayılı ihale Kanununun 22/D maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının 17/02/2026 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	İNTRAOSSEÖZ İĞNE SETİ ,KENDİNDEN SÜRÜCÜLÜ KİT ,15G,25MM (OR2535)	ADET	2		
2	İNTRAOSSEÖZ İĞNE SETİ ,KENDİNDEN SÜRÜCÜLÜ KİT 15G,15MM (OR2535)	ADET	2		
GENEL TOPLAM (KDV HARIÇ):					

Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe

UYGUNDUR
OP.DR.METEHAN ŞİMŞEK
Başhekim

NOTLAR

1. Vereceğiniz fiyat tekliflerinizde 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 uyumsuz olması durumunda sipariş iptal edilmiş sayılacaktır.
3. Teklif edilen malzemenin TITUBB ÜTS kaydı ve orijinalmiş ürün UDB 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 işe 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 güncelliği il mühürleri ile doğrulanır.

Belge doğrulama kodu: EEDE3499-C677-4AFA-A202-A41E23D048EB

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-takanligi-cbys>

Dr. Yaşar Eryılmaz Doğubayazıt Devlet Hastanesi Ağrı Çevre Yolu Üzeri 5.Km
Doğubayazıt /AĞRI 04400
Telefon No : 04723126047 Faks No : 04723125447
e-Posta : info@dogubayazitdr.gov.tr
Kep Adresi: dogubayazit@dogubayazitdr.gov.tr

Bilgi için: Neriman İLHAN
Tıbbi Sekreter
Telefon No:



İNTRAOSSEÖZ, İĞNE SETİ

SMT Temel İşlevi:	1. Ürün,şok ve bilinç kaybı durumlarında damar yolu bulunamayan hastalarda kemik içi infüzyonu sağlamak amacıyla tasarlanmış olmalıdır.
SM Malzeme Tanımlama Bilgileri:	2. Ürünün manuel, kendinden sürücülü, kendinden yaylı ve stabilizatörkit(İntraosseözinfüzyoniğnesinin karşılığında uygulama aparatı teslim edilecek)seçeneklerinden herhangi biri olmalıdır. 3. İntraosseözinfüzyon iğnesi 15G-19G aralığında ve 13-47mm uzunluğunda olmalıdır. 4. İntraosseöz infüzyon set içerisinde: 1 adet intraosseöz infüzyon iğnesi,set ile birlikte 1 adet sabitleyici stabilizatör, sabitleyici bant verilmelidir. 5. İntraosseöz infüzyon iğnesi paslanmaz çelikten imal edilmiş olmalıdır.
Teknik Özellikleri:	6. Stabilizatör kit tipinde (İntraosseözinfüzyon iğnesinin karşılığında uygulama aparatı teslim edilecek); a) İntraosseöz iğne ucu ve obturatörü en iyi girişimi yapabilmek amacı ile özel olarak tasarlanmış olmalıdır. b) İntraosseözinfüzyon iğnesi üzerinde, penetrasyon derinliğinin doğruluğunu göstermek amacıyla ölçüm çizgileri olmalı veya yetişkin hastalardaki penetrasyon derinliği 2.5cm(± 0.5 mm), pediatrik hastalarda 1,5 cm (± 0.5 mm) aralığında olmalıdır. c) Ürünle birlikte teslim edilecek sürücü el anatomisine uyumlu, ergonomik, intraosseözinfüzyon iğnesinin yerleştirilmesini ve uygulamasını kolaylaştırmak amacı ile mıknatıslı, 16 (± 1) cm x 11 (± 1) cm x 6(± 1) cm ölçülerinde ve 310 (± 5) gr ağırlığında olmalıdır. d) Sürücü birden fazla kullanıma uygun olmalıdır. e) Sürücü üzerinde yanlış kullanımı önlemek için tetik kilitleme mekanizması (emniyet çivisi) ve şarj göstergesi bulunmalıdır.
Teknik Özellikleri:	7. Kendinden sürücülü tiplerde: a) İntraosseöz iğne ucu ve obturatörü en iyi girişimi yapabilmek amacı ile özel olarak tasarlanmış olmalıdır. b) İntraosseözinfüzyon iğnesi üzerinde, penetrasyon derinliğinin doğruluğunu göstermek amacıyla ölçüm çizgileri olmalı, yetişkin

[Signature]
TUNC

Eczacı
Dip. No: ...
Teş. No: ...

[Signature]
Bakır
Cayen

İNTRAOSSEÖZ, İĞNE SETİ

	<p>hastalardaki penetrasyon derinliği 2.5cm(\pm0.5mm), pediatrik hastalarda 1,5cm(\pm 0.5mm) aralığında olmalıdır.</p> <p>c) Sürücü, el anatomisine uygun ve 18(\pm3)cm x 13 (\pm3)cm x 6(\pm2) cm ölçülerinde 350(\pm10) gr ağırlığında olmalı,ayrıcamıknatısa ihtiyaç duymamalıdır.</p> <p>d) Ürün set olarak aynı paket içerisinde birleşik olarak verilmelidir.</p> <p>8. Manuel uygulanan tipler;</p> <p>a) Manüel uygulama seti intraosseöz iğne, 90° dik açıda herhangi bir ek aparata ihtiyaç duymadan döndürülerek kemik içine yerleşimi sağlamalıdır.</p> <p>b) İğnenin handle bölümü olmalı ve işlem sonrasında bu bölüm iğneden ayrılmalı ve hasta vücudunda sadece infüzyon yapılacak iğne kalmalıdır. İntraosseöz iğnenin uzunluğuve derinliğiyarlanabilir vidaözelliğine sahip olmalıdır.</p> <p>9. Kendinden yaylı sistem:</p> <p>a) Kullanımı pratik uygulanabilir olmalı, en fazla 100 gr ağırlığında olmalıdır</p> <p>b) Enerji kaynağı gerektirmeden otomatik olarak girişim yapılabilmelidir.</p> <p>c) İntraosseöz infüzyon iğnesi tek parça halinde olmalı ve mevcut tüm serum bağlantı hatları ile uyumlu olmalıdır.</p> <p>d) Yetişkin tiplerde tibia ve humerus bölgelerine uygulanabilmeli ve iğne penetrasyon derinliği 25mm olmalıdır.</p> <p>e) İğne ile birleşik stabilizatörü olmalı, ayrıca iğne sabitleme aparatlarına ihtiyaç duyulmamalıdır.</p>
--	--

Mehmet TUNÇ

Ecz. Mehmet TUNÇ
Diy. No: 44400
T.C. Sağlık Bakanlığı

Bahadır Kayaçin

