



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

Sayı : E-99989031-949-305093217
Konu : TEKLİFE DAVET

16.02.2026

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 **18.02.2026 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	1000		

GENEL TOPLAM (KDV HARİÇ):

Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe

NOTLAR:

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

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: F0947450-26D3-4053-AABE-D835D20AECF0

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

Çiftapınar 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:



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: dogubayazitadsmstinalma@gmail.com
TELEFON NO: 0472 312 40 21

Mehmet Nuri İLÇİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: F0947450-26D3-4053-AABE-D835D20AECF0

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

Çiftëpinar Mah. Rifkı 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:



Ağrı Doğubayazıt Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi

DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DIŐ SAĞLIĞI MERKEZİ GELEN GİT
13.02.2026 14.06.05 - E-99989031-000-305060169



305060169

DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DIŐ SAĞLIĞI MERKEZİ GELEN GİT

AĞRI DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DIŐ SAĞLIĞI MERKEZİ

BAŐHEKİMLİĐİNE

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

Geređini bilgilerinize arz ederim.

Emir Can ÖZTÜRK
Taşınır Kayıt Yetkilisi

TC. AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ					
DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ					
SAĞLIK TESİSİ İHTİYAÇ 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	1000	ADET
2					
3					
4					
5					
6					
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					
Şeker Stribi ile Kanda Glukoz Testi					
ALIMI İHTİYACIMIZ BULUNMAKTADIR.					
UYGUNDUR/UYGUN DEĞİLDİR					
İHTİYAÇ TESPİT KOMİSYON BAŞKANI					
Emir Can Öztürk Taşınır Kayıt Yetkilisi					
Emir Can Öztürk Taşınır Kayıt Yetkilisi					
İletişim Tel No :					
DEPO/TEKNİK BİRİMİ GÖRÜŞÜ					

Taşınır Kayıt Yetkilisinin Adı Soyadı ve İmzası	
Yukarıda miktarı belirtildiği üzere	nolu kalemler depoda mevcuttur.
Yukarıda miktarı belirtildiği üzere	nolu kalemler depoda mevcut değildir
MKYS Kontrolü Yapılmıştır.	
.....	nolu kalemlerde Stok fazlasına rastlanılmamıştır.
.....	nolu kalemlerde ekli listede belirtildiği üzere stok fazlası tespit edilmiştir.
Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu onaylarınıza uygun görüşle arz ederim.	
.....
Gerçekleştirme Görevlisi	
Başhekim	

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

2- Bu form önü arkalı tek yaprak şeklinde düzenlenmiştir.

Ek 1: İhtiyaç Tespit Komisyonu İmzalı Kararı

Ek 2 : Teknik Şartname

KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI VE STRİPLERİ TEKNİK ŞARTNAME

1. GENEL ŞARTLAR

- 1.1. Ürünler **CE belgeli** ve **ISO 15197** standardına uygun olmalıdır.
- 1.2. Cihaz ve ölçüm stripleri **birbiriyle tam uyumlu** olmalıdır.
- 1.3. Ürünler **yeni, kullanılmamış ve orijinal ambalajında** teslim edilmelidir.
- 1.4. Ölçüm striplerinin son kullanma tarihi, teslim tarihinde **en az 24 ay** olmalıdır.
- 1.5. **Marka ve model belirtilmeyecek** olup, şartnameye uygun **eşdeğer ürünler kabul edilecektir**.
- 1.6. Yüklenici, **her 500 (beş yüz) adet ölçüm stripi karşılığında 1 (bir) adet kan şekeri ölçüm cihazını bedelsiz olarak** temin edecektir.

2. KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI

- 2.1. Elektrokimyasal ölçüm yöntemi ile çalışmalıdır.
- 2.2. Ölçüm süresi **en fazla 10 saniye** olmalıdır.
- 2.3. Ölçüm aralığı **en az 10–600 mg/dL** olmalıdır.
- 2.4. **Kodlama gerektirmeyen** sistem olmalıdır.
- 2.5. Gerekli kan miktarı **1 µL veya daha az** olmalıdır.
- 2.6. En az **300 ölçüm hafızasına** sahip olmalıdır.
- 2.7. **LCD ekranlı ve pil ile çalışır** olmalıdır.

3. KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM STRİPLERİ

- 3.1. Cihaz ile **tam uyumlu** olmalıdır.
- 3.2. Elektrokimyasal ölçüm yapabilmelidir.
- 3.3. **Kodlama gerektirmemelidir**.
- 3.4. Enzim bazlı (**GDH-FAD veya eşdeğeri**) olmalıdır.
- 3.5. **Tek kullanımlık** olmalıdır.
- 3.6. Ambalaj üzerinde **son kullanma tarihi ve lot numarası** bulunmalıdır.

4. GARANTİ VE BELGELER

- 4.1. Cihazlar için **en az 2 (iki) yıl garanti** verilmelidir.
- 4.2. **CE belgesi ve Türkçe kullanım kılavuzu** bulunmalıdır.

Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Doğubayazıt İlçe ve Dis. Sağlık Merkezi
Dt. Mehmet N. İLÇİ
Başhekim

Doç. Dr. Yaşar Eryılmaz
Doğubayazıt Devlet Hastanesi
Dis. Tabibi
Cemal YUCEBAŞ
Dip. Tes. No: 35233

DOĞUBAYAZIT A.D.S.M.
Dis. Tabibi
M. C. SATIK
Dip. Tes. No: 34134 Dip. No: 272