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

Sayı : E-99989031-949-333191647 21.10.2026
Konu : TEKLİFE DAVET

TEKLİFE DAVET
(İLGİLİ MAKAMLARA)

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Merkezimiz için gerekli olan malzeme **3 Kalem Tıbbi Sarf** malzeme alım işi için 4734 sayılı İhale Kanununun **22/D** maddesi kapsamında alınacak olup; söz konusu işin KDV hariç birim ve toplam fiyatının **26.10.2026 tarih ve saat 12:00'a** kadar **dogubayazitadsmsatinalma@gmail.com** adresinize göndermenizi rica ederim.

Erdal SALMAN
İdari Ve Mali İşler Müdürü

SIRA NO	MALZEME ADI	BİRİM	MİKTAR	BİRİM FİYAT	TOPLAM TUTAR
1	GEÇİCİ YAPIŞTIRMA SİMANI ÖJENOL İÇERMEYEN	ADET	25		
2	ANTİBAKTERİYEL FOSFORİK ASİT , 5 GR ŞIRINGA %38 LİK	ADET	35		
3	ATRAVMATİK İPEK NO :3 /0 25(±5)MM 3/8 KESKİN 90 CM	ADET	72		

GENEL TOPLAM(KDV HARİÇ):

Firma Yetkilisi
İmza/Kaşe

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 476E3AAA-0AE6-44FF-A257-75511BE5E81E Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Çiftepınar Mah. Rıfkı Başkaya Cad. No:2 4400
Telefon No: 4723124022
e-Posta: dogubayazitadsm@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://dogubayazitadsm.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: dogubayazit.dissagligi@hs01.kep.tr
Bilgi için: Emir Can ÖZTÜRK
Telefon No:

OLUR
MUHAMMET RIZA KAYALI

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 geçersizs ayılacaktır.
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.
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
13.Verilen teklifler 30 gün süreyle geçerli sayılacaktır.

ADRES: Çiftepınar Mah. Rıfkı Başkaya Cad. No:2
e-posta: dogubayazitadsmsatinalma@gmail.com
Telefon No: 0472 312 40 21

Muhammet Rıza KAYALI
Başhekim v.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 476E3AAA-0AE6-44FF-A257-75511BE5E81E Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Ağrı Doğubayazıt Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
UBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ GELEN Gİ
21.10.2026 14:05:02 - E-99989031-000-333164004
333164004
UBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ GELEN Gİ

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.

T.C. DOĞUBAYAZIT
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Veysi KIZILARSLAN
Taşınır Kayıt Yetkilisi

TC. AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

SAĞLIK TESİSİ İHTİYAÇ TALEP FORMU

Sayı:		**Tarih:**	

TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ: DOĞUBAYAZIT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

TALEP EDEN İLGİLİ BİRİM ADI:

S.N	**DMO& BARKOD& UBB KODU [1]**	**MALZEME ADI**	**ÖLÇÜ BİRİMİ**	**TALEP MİKTARI**
1	150-03-03-210035252	GEÇİCİ YAPISTIRMA SİMANI ÖJENOL İCERMEYEN	ADET	**25**
2	150-03-03-210007704	ANTİBAKTERİYEL FOSFORİK ASİT, 5 GR ŞIRINGA % 38 LİK	ADET	35
3	150-03-03-210035272	ATRAVMATİK İPEK NO:3/0 25 (±5) MM 3/8 KESKİN 90 CM	ADET	72
4				
5				

Yukarıda istemi yapılan talebin ihtiyaçtan fazla talep edilmediği, fazla talep edilmesinden kaynaklanan yasal sorumlulukların tarafımıza ait olduğunu, hazırlamış olduğumuz talebe ait ekteki teknik şartnamelerin yürürlükteki kanunlara, yönetmeliklere uygun olduğunu ve rekabete engel teşkil etmediğini taahhüt ederiz.

TALEP EDEN BİRİMİN TALEP GEREKÇESİ

İHTİYACA BİNAEN

TALEP EDEN BİRİM SORUMLUSU	UYGUNDUR/UYGUN DEĞİLDİR
VEYSİ KIZILARSLAN	**İHTİYAÇ TESPİT KOMİSYON BAŞKANI**
	...../...../.....
İletişim Tel No :	
DEPO/TEKNİK BİRİMİ GÖRÜŞÜ	T.C. DOĞUBAYAZIT Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Veysi KIZILARSLAN Taşınır Kayıt Yetkilisi
	Taşınır Kayıt Yetkilisinin Adı Soyadı ve İmzası

Yukarıda miktarı belirtildiği üzere ……—…… nolu kalemler depoda mevcuttur.	
Yukarıda miktarı belirtildiği üzere ……1-2-3…… nolu kalemler depoda mevcut değildir	
MKYS Kontrolü Yapılmıştır.	T.C. DOĞUBAYAZIT Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Veysi KIZIL ARSLAN Taşınır Kayıt Yetkilisi
……1-2-3…… 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 Doğubayazıt Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Ersel SALMAN	……/……/……
Gerçekleştirme Görevlisi	Harcama Yetkilisi
İdari Mali İşler Müdürü	Başhekim

1 - Talebi yapan bölüm istemiş olduğu mal-malzemeler için varsa DMO Kodunu, taşınır 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

ÇİNKO OKSİT İÇEREN GEÇİCİ YAPIŞTIRMA SİMANI ŞARTNAMESİ

1.KONU ve KAPSAM: ÇİNKO OKSİT İÇEREN GEÇİCİ YAPIŞTIRMA SİMANI

2.GEREKÇE: Kliniğimizde kullanılmak üzere

3.GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER:

1. 35g beyaz Ana pasta ve 15g sarı Katalizör pastası olmak üzere 2 adet pastadan oluşmalı.

2. Öjenol içermemeli.

3. Ağırlığa göre karıştırma oranı 2.4 / 1g olmalı.

4. Karıştırma işlemi 30sn sürmeli.

5. Toplam 4 dakika, ağız içersinde 1.30-2.00 dakikada sertleşmeli.

6. Ana pasta magnezyum oksit, çinko oksit ve bir bitki yağı karışımından oluşmalı.

7. Katalizör pasta asetik asit ve dimer yağ asitinden oluşmalı.

8. Nemli ağız ortamında düşük çözünürlüğe sahip olmalı.

4.NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME: Teklifte numune getirilmelidir.

5.DENETİM VE MUAYENE METODLARI: Numune görülerek değerlendirilecektir.

T.C. DOĞUBAYAZIT
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Veysi KIZILARSLAN
Taşınır Kayıt Yetkilisi

Doğubayazıt Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Cemal YÜCEBAŞ
Diş Hekimi
Dip.Tescil No:36233

T.C.Sağlık Bakanlığı
Doğubayazıt ADSM
Diş Hekimi Hüseyin İLERİ
Dip.No:2. B1.21. 1033

ANTİBAKTERİYEL FOSFORİK ASİT %38 – TEKNİK ŞARTNAME

Malzemenin Adı: Antibakteriyel Fosforik Asit, %38'lik, 5 g Şırınga

1. Ürün, diş hekimliğinde mine ve dentin yüzeylerinin asitle pürüzlendirilmesi amacıyla kullanılmaya uygun, %38 konsantrasyonda fosforik asit içeren dental asitleme jeli olmalıdır.
2. Ürün, üretici tarafından beyan edilen antibakteriyel özelliğe sahip olmalıdır.
3. Ürün, %38 fosforik asit konsantrasyonunda ve jel formunda olmalıdır.
4. Ürün, uygulama kolaylığı sağlayan, hassas ve kontrollü kullanım için uygun uçlu şırınga ambalajında sunulmalıdır.
5. Her bir şırınga **5 g** ürün içermelidir.
6. Ürün, mine ve dentin yüzeylerine homojen şekilde uygulanabilmeli ve uygulama alanında dağılmayı en aza indirecek kıvamda olmalıdır.
7. Ürün, kompozit restorasyonlar ve adeziv sistemlerle birlikte diş hekimliği uygulamalarında kullanılmaya uygun olmalıdır.
8. Ürün, orijinal ambalajında, açılmamış ve sızdırmaz şekilde teslim edilmelidir.
9. Ambalaj üzerinde ürünün adı, fosforik asit konsantrasyonu, miktarı, lot numarası ve son kullanma tarihi belirtilmelidir.
10. Ürün, üreticinin belirttiği saklama ve muhafaza koşullarına uygun şekilde teslim edilmelidir.
11. Ürünün son kullanma tarihi, teslim tarihinden itibaren **en az 2 yıl** olmalıdır.
12. Ürün, yürürlükteki tıbbi cihaz mevzuatına uygun olmalı ve gerekli uygunluk belgeleriyle birlikte sunulmalıdır.
13. Ürünle birlikte Türkçe kullanım talimatı ve gerekli güvenlik bilgileri sağlanmalıdır.

T.C. DOĞUBAYAZIT
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Yetkili

Doğubayazıt Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Cemal TUCBAŞ
Diş Hekimi
Dip.Tescil No:

T.C.Sağlık Bakanlığı
Doğubayazıt ADSM
Diş Hekimi Hüseyin İLERİ
Dip.No:2. B1.21. 1033

ATRAVMATİK İPEK SÜTÜR NO: 3/0 – TEKNİK ŞARTNAME

Malzemenin Adı: Atravmatik İpek Sütür No: 3/0, 25 (±5) mm, 3/8 Keskin, 90 cm

1. Ürün, cerrahi işlemlerde doku yaklaştırılması ve ligasyon amacıyla kullanılmaya uygun, atravmatik ipek sütür olmalıdır.

2. Sütür materyali doğal ipekten üretilmiş, örgülü yapıda ve cerrahi kullanıma uygun özellikte olmalıdır.

3. Sütür kalınlığı 3/0 (USP) olmalıdır.

4. Sütür ipliğinin uzunluğu 90 cm olmalıdır.

5. İğne uzunluğu 25 mm (±5 mm) olmalıdır.

6. İğne, 3/8 daire şeklinde ve keskin uçlu olmalıdır.

7. İğne ile sütür ipliği bütünleşik yapıda olmalı, atravmatik özellik taşımalı ve dokuya zarar vermeden geçişi sağlayacak nitelikte olmalıdır.

8. İğne, kullanım sırasında eğilme ve kırılmaya karşı yeterli dayanıklılığa sahip olmalıdır.

9. Ürün steril, tek kullanımlık ve orijinal ambalajında teslim edilmelidir.

10. Ambalaj üzerinde ürünün adı, sütür numarası, iğne özellikleri, sterilizasyon bilgisi, lot numarası ve son kullanma tarihi bulunmalıdır.

11. Ürünün sterilitesi ve ambalaj bütünlüğü korunmuş olmalı; ambalajı hasarlı veya sterilitesi bozulmuş ürünler kabul edilmemelidir.

12. Ürünün son kullanma tarihi, teslim tarihinden itibaren en az 2 yıl olmalıdır.

13. Ürün, üretici firmanın belirttiği saklama koşullarına uygun olarak teslim edilmelidir.

T.C. DOĞUBAYAZIT Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Veysel KIZILARSLAN Taşınır Kayıt Yetkilisi

Doğubayazıt Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Cemal YÜCEBAŞ Diş Hekimi Dip.Tescil No:3664

T.C.Sağlık Bakanlığı Doğubayazıt ADSM Diş Hekimi Hüseyin İLERİ Dip.No:B1.21.1033

GEREKÇE

Hastanemiz Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen restoratif diş tedavilerinde, kompozit dolgu uygulamaları öncesinde diş dokusunun ve/veya mine-dentin yüzeylerinin asitle pürüzlendirilerek adeziv sistemlerin tutuculuğunun artırılması amacıyla fosforik aside ihtiyaç duyulmaktadır. Restorasyonların klinik başarısının artırılması, tedavi işlemlerinin uygun teknik koşullarda gerçekleştirilmesi ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi amacıyla fosforik asit alımı yapılması gerekmektedir.

T.C. DOĞUBAYAZIT
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Veysi KIZILARSLAN
Taşınır Kayıt Yetkilisi

GEREKÇE

Hastanemiz Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen protetik diş tedavilerinde; kron, köprü ve geçici restorasyonların geçici olarak simante edilmesi, daimi restorasyon öncesinde klinik değerlendirme ve uyum kontrollerinin yapılabilmesi amacıyla geçici siman kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalarımıza sunulan diş tedavi hizmetlerinin kesintisiz ve etkin bir şekilde yürütülmesi, tedavi süreçlerinin uygun klinik koşullarda tamamlanması ve mevcut stokların yeterli düzeyde tutulması amacıyla geçici siman alımı yapılması gerekmektedir.

T.C. DOĞUBAYAZIT
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Veysi KIZILARSLAN
Taşınır Kayıt Yetkilisi

GEREKÇE

Hastanemiz Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen diş çekimi, cerrahi diş çekimi, gömülü diş operasyonları ve diğer cerrahi müdahaleler sonrasında oluşan dokuların primer kapatılmasının sağlanması, kanamanın kontrol altına alınması ve yara iyileşme sürecinin desteklenmesi amacıyla sütur kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalarımıza sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz, etkin ve güvenli bir şekilde yürütülebilmesi, cerrahi işlemlerin uygun koşullarda gerçekleştirilebilmesi ve mevcut sütur stoklarının yeterli düzeyde tutulması amacıyla sütur alımının yapılması gerekmektedir.

T.C. DOĞUBAYAZIT
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Veysi KIZILARSLAN
Satın Alma Kayıt Yetkilisi