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

Sayı : E-99989031-949-333192745 21.10.2026
Konu : TEKLİFE DAVET

TEKLİFE DAVET
(İLGİLİ MAKAMLARA)

Sağlık tesisimizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı Merkezimiz için gerekli olan malzeme **Panoramik Film Isırma Çubuğu Kılıfı** 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 | PANORAMİK FİLM ISIRMA ÇUBUĞU KILIFI | ADET | 10000 | | |

**GENEL TOPLAM(KDV HARİÇ):**

**Firma Yetkilisi**
**İmza/Kaşe**

**OLUR**
**MUHAMMET RIZA KAYALI**

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 6E1E49C2-B5B9-4BB0-A516-84542DD24BA3 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:

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: 6E1E49C2-B5B9-4BB0-A516-84542DD24BA3 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 14:08:04 - E-99989031-000-333165142
333165142
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 | 150-03-03-210033142 | PANORAMİK FİLM ISIRMA ÇUBUĞU KILIFI | ADET | 10000 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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*** | ...../...../..... |
| | 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.** | T.C. DOĞUBAYAZIT Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Veysi KILIÇARSLAN Taşınır Kayıt Yetkilisi |
| …….. 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.** |
| ……/……/…… | ……/……/…… |
| 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.*

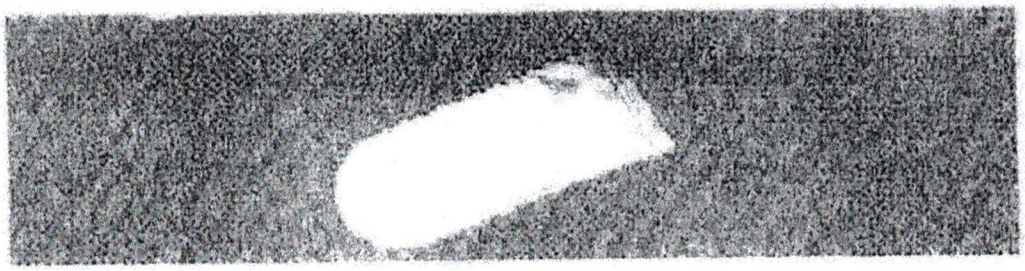
**Ek 1: İhtiyaç Tespit Komisyonu İmzalı Kararı**

**Ek 2 : Teknik Şartname**

# PANORAMİK RÖNTGEN ISIRMA ÇUBUĞU KILIFI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. Hijyenik olmalıdır.
2. Yumuşak olmalıdır.
3. Tek kullanımlık olmalıdır.
4. Ucu yuvarlatılmış olmalıdır.
5. 250'lik özel kutusunda ambalajlanmış olmalıdır.
6. TSE belgeli olmalıdır.
7. EK-1 de belirtildiği şekilde olmalıdır.
8. 10 adet firma tarafından numune gönderilecek.

EK – 1 :



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

İsmail FİDAN
Radyoloji Teknikeri

Muhammed Onur
Şirkeci

# GEREKÇE

Hastanemiz Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen panoramik ve gerekli diğer dental görüntüleme işlemleri sırasında hastaların ısırma aparatları ile doğrudan temasını önlemek, çapraz bulaş riskini azaltmak ve enfeksiyon kontrol önlemlerini sağlamak amacıyla panoramik ısırma kılıfına ihtiyaç duyulmaktadır. Radyolojik görüntüleme işlemlerinin hijyenik koşullarda gerçekleştirilmesi, hasta güvenliğinin korunması ve görüntüleme hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi amacıyla panoramik ısırma kılıfı alımı yapılması gerekmektedir.

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