|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | **T.C.**  **MARDİN VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Mazıdağı Devlet Hastanesi** | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sayı Konu** | | | | | : 43993095-930//  : Teklife Davet | | | | | | | | | 20 / 12 /2021 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | **…………………………………………..** | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Hastanemizin ihtiyacı olan aşağıda cinsi ve miktarı yazılı **1 (Bir) Kalem** **Laboratuvar Sarf**  **Alımı** işi için KDV hariç birim fiyatlarının **24.12.2021 13:15'a** kadar hastanemiz satınalma komisyonuna bildirilmesini rica ederim. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Tel Faks | | :0482.511.10.14 :0482.511.12.02 | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | Uzm. Dr. Şeyhmus GETIREN Başhekim | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIRA** | | | **MALZEME ADI** | | | | | | **MIKTARI** | **ÖLÇÜSÜ** | **BİRİM FİYAT** | | | | **TUTAR** | |
| 1 | | | PT/INR | | | | | | 1.000 | **Adet** |  | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  |  |  | | | |  | |
| **TOPLAM** | | | | | | | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.**  **MARDİN VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Mazıdağı Devlet Hastanesi** |  |
| Not 1- Teklif zarfının üzerine teklifin hangi işe ait olduğunu yazınız 2- Alınacak malzemenin teslim yeri Mazıdağı Devlet Hastanesidir. 3- Alternatif ve şartlı teklif kabul edilmez, 4- Teklif Mektupları tekliflerin verileceği en saat'e kadar Kapalı zarf içinde elden veya posta yolula vermeleri gerekmektedir. 5- Firma vereceği ürünün markasını ve kullanım süresini belirtecektir. 6-Teklifler en düşük fiyat esasına göre değerlendirilecektir Teklif edilen ürünlerle ilgili ayrıntı teklif mektubu veya ekli belgede verilmedir. 7-istekliler teklifleirni proforma fatura ilede verebilirler. Proforma Fatura belirtilen tarih ve saate kadar hastanemize ulaştırılacaktır.(Bu tarihten sonra gelen teklifler değerlendirilmeye alınmayacak,Faks ile gönderilen proforma faturasının aslı iki gün içinde hastanemize gönderilecektir aslı gelmeyen proformalar ile malın teslim süresi,teklife dahil olan giderler,teklifin geçerli olduğu tarih ,zamanında verilmeyen ,açık adres,kaşe ve imza olmayan silinti ve kazıntı olan teklifler değerlendirilmeye alınmayacaktır 8-İdare alımı yapıp yapmamakta serbesttir.Malın Teslim Yeri Mazıdağı Devlet Hastanesidir. 9-Verilen Tekliflerin geçerlilik süresi mutlaka belirtilmelidir. 10-Ödeme Sağlık Kurumları Mardin İl Saymanlığınca 180 gün içinde yapılacaktır. 11-Maliyet Farkı olmaması kaydıyla daha üstün (İleri teknoloji ile üretilen)malzemelerr kabul edilecektir. 12-Fiyatların eşit olması halinde 1-İleri teknoloji ile üretilen ürün,2-Piyasa rayici en yüksek olan ürün, Değerlendirme madde sırasına göre yapılacak olup en uygun teklif belirleninceye kadar devam edecektir... 13-Bahse konu alım Tıbbi Cihaz/ Malzeme kapsamında ise:Malzemenin UBB kaydı olması ve bakanlıkça onaylı olması zorunludur.istekliler Ürünün bArkod numarası,teklif veren istekli ise bayi tanımlayıcı nosu nu teklifleri ile birlikte verilecektir.bu hususu yerine getirmeyen isteklilerin teklifleri en düşük fiyat olsa bile değerlendirmeye alınmayacaktır. 14-Bahse konu alım için numune istenmiş ise numunelere tekliflerle birlikte idareye ulaştırılacaktır.Numune değerlendirmesi kesin olup hazır olmayan isteklilerin numune değerlendirmesine ait itirazı kabul edilmeyecektir.İstekliler numune değerlendirme sırasında hazı bulunup bulunmamakta serbesttir. 15-Bilgi İçin: Satın Alma Birimi 0485111202 nolu telefondan bilgi alınabilir.  [16-mardinmazidagisgb@hotmail.com](mailto:16-mardinmazidagisgb@hotmail.com) mail atılabilir. | | |
|