



UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İHTİYAÇ TALEP FORMU

Doküman No:
KU.FR.001

Yayın Tarihi
HAZİRAN 2014

Revizyon No
01

Revizyon Tarihi
Aralık 2016

Sayfa No:
1/1

TALEP EDEN BÖLÜM

Diyaliz

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SIRA NO	BÜTÇE UYGULAMA KODU	MEDİN STOK KODU	TALEP EDİLEN MALZEME	MIKTAR	BİRİM	ANA DEPO STOK MIKTARI	BİR ÖNCEKİ TAKVİM YILI ALIM MIKTARI	İSTEMİN SÜRESİ	DAHA ÖNCEKİ ALIM ŞEKLİ VE ALIM TARİHİ	ORTALAMA AYLIK TÜKETİM
1			<i>İzotik ilaçlar kiti</i>	<i>3</i>	<i> kutu (bır)</i>					
2			<i>Ph ilaçlar kiti</i>	<i>1</i>	<i> kutu (bır)</i>					
3			<i>Klor ilaçlar kiti</i>	<i>1</i>	<i> kutu (bır)</i>					
4			<i>(Hemodiyaliz cihazı diyaliz suyu analiz kiti kalibrasyon)</i>							
5										
6										
7										
8										
9										
10										

11 BÖLÜMÜN TALEP GEREKÇESİ

Su sistemi kontrolleri için gereklilikler

27.7/2018

Bölüm Sorumlusunun
imza ve kaşesi

Emir KÖKSAL
Uşak Üniversitesi Sor. Hem.

*Lütfen Kabul edilebilir gerekçelerinizi giriniz

NOT: 3 , 4,5, 8 ve 11 nolu alanlar Servis Sorumlusu tarafından doldurulacaktır.

12	DEPO GÖRÜŞÜ	13	TAŞINIR KODU	07.8/2018
	<i>Stoklarımızda mevcut değildir</i>		<i>150-03-03</i>	<i>Taşınır kayıt yetkilisinin imza ve kaşesi</i>

*Lütfen talebin özelliğine göre ilgili depo görüşünü aldıktan sonra talep ön inceleme birimlerine teslim ediniz.

TALEP ÖN İNCELEME KOMİSYONU GÖRÜŞÜ

...../...../20.....

BÜTÇE KODU	İHALE	/...../.....	/...../.....
ALIM ŞEKLİ	DOĞRUDAN TEMİN	Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu onaylarınıza uygun görüşe arz ederim. Gerçekleştirme Görevlisi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	UYGUNDUR / UYGUN DEĞİLDİR. Harcama Yetkilisi Hastane Yöneticisi

SERTLİK ÖLÇÜM KİTİ

- 1.Test kiti içinde analizin yapılmasını sağlayan ayarlı çözeltiler , deney tüpleri , kullanma talimatı ve solüsyonu koyabilecek polietilen kutu olmalıdır.
- 2.Deney tüpleri 5-10 ml çizgileri ile işaretlenmiş olmalıdır.
- 3.Test kiti kutusunda toplam sertlik ölçümü için Mordan Black renk belirteci , 1 damlası 1fr ye ayarlı edta çözeltisi kullanma talimatı bulunmalıdır.
- 4.Ürünün üzerinde lot no su ve son kullanma tarihi bulunmalı.Son kullanma tarihi ürün teslim edildikten en az 2 yıl olmalıdır.

UŞAK ÜNİ. TIP FAK. EĞT. ARŞ. HAST.
Dr. Recep SAVIRAN
Dip. Tesis No: 57285
Diyaliz Sorumlu Hekimi

UŞAK ÜNİ. TIP FAK. EĞT. ARŞ. HAST.
Uzm. Dr. Murat DEMİR
Dip. Tesis No: 98642
Nefroloji Uzmanı

Klor –Ph Strip Şartnamesi

- 1.Klor –Ph stripleri kağıt şerit şeklinde olmalıdır.
2. Stripler 100 lük kutularda ambalajlanmış olmalıdır.
- 3.Ölçüm aralıkları kutu üzerinde açıkça yazılmalıdır.
4. Klor stribi için 0-0,1 1-3 mg/l aralığında ölçüm yapabilmelidir.
5. Ph stribi 0-14 aralığında ölçüm yapabilmelidir.
6. Ürünler üzerinde Lot numaraları, son kullanma tarihi yazmalıdır.Son kullanma tarihi ürünün tesliminden sonra en az 2 yıl olmalıdır.

UŞAK ÜNİ. TIP FAK. EĞT. ARŞ. HAST.
Dr. Recep SAVIRAN
Dip.Tes.No:57285
Diyaliz Sorumlu Hekimi

UŞAK ÜNİ. TIP FAK. EĞT. ARŞ. HAST.
Uzm.Dr. Murat DEMİR
Dip.Tes.No:29642
Neiroloji Uzmanı

SATINALMA TALEP FORMU

Sıra	Kod	Eşyanın Nevi	Özelliği	Miktar	Türü
1	150-03-03-24001526	HEMODİYALİZ CİHAZI DİYALİZ SUYU ASERTLİK	ÖLÇÜM KİTİ	3	KUTU
2	150-03-03-24001526	HEMODİYALİZ CİHAZI DİYALİZ SUYU AKLOR	ÖLÇÜM KİTİ	1	KUTU
3	150-03-03-24001526	HEMODİYALİZ CİHAZI DİYALİZ SUYU APH	ÖLÇÜM KİTİ	1	KUTU

Talep Edenin**Adı Soyadı :** ÜMİT KÖKSAL**Ünvanı :**

Yukarıda cinsi miktarı yazılı malzeme/malzemeler ambar stoklarında benzerleri dahil olmak üzere vardır/yoktur. Kod sıralarında gösterilmiş bulunan malzemelerin ekli şartnamelere göre satın alınması, satın alınan ürünlerin şartnamelerde belirtilen usullere göre Müdürlüğümüzün ilgili ambarlarına teslim edilmesi gerekir.

Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi

EMİNE NERKİZ

