**2023 YILI**

**OED DEFİBRİLATÖR CİHAZI**

**TEKNİK ŞARTNAMESİ**

**1- AMAÇ**

Kurumumuz İş Sağlığı, Güvenliği ve Eğitim Daire Başkanlığı ihtiyacı olarak aşağıda teknik özellikleri belirtilen taşınabilir OED Defibrilatör Cihazı satın alınacaktır.

**2- TEKNİK ÖZELLİKLER**

2.1. Cihaz hastanın EKG analizini yapabilmeli ve analiz sonrasında şok gerekli ise kullanıcıyı sesli olarak uyararak hızlı ve emin şekilde hastayı defibrile edebilmelidir.

2.2. Cihaz yapışkan ped elektrotlar aracılığı ile EKG ritmini analiz etmeli, hastanın göğüs empedansını ölçmeli ve şokun gerekliliği konusunda karar vermelidir. Sesli komutlarla kullanıcıyı yönlendirmelidir.

2.3. Pedler hastaya bağlandığında cihaz otomatik olarak algılamalı ve hazırlık adımlarını atlayıp direkt analiz kısmına geçmelidir.

2.4. Joule seviyeleri yetişkin hastalar için 150 - 200 - Joule olmalıdır.

2.5. Cihazın ağırlığı batarya dahil 2 kg’yi geçmemelidir.

2.6. Çok işlevli tek kullanımlık kendinden yapışkanlı ve jelli pedleri bulunmalıdır.

2.7. Tek kullanımlık pedler üzerinde vücudun hangi bölgelerinde yerleştirilmesi gerektiği belirtilmiş olmalıdır.

2.8. Hatalı ya da yanlış defibrilasyonu önlemek için kilitli koruma sistemi olmalıdır.

2.9. Türkçe sesli talimat vermelidir.

2.10. Cihaz üzerindeki yazılı talimat ve bilgiler Türkçe olup, cihazla birlikte Türkçe kullanma kılavuzu verilmelidir.

2.11. Gerekli görülmesi durumunda cihaza ilişkin eğitim verilmelidir.

2.12. Cihaz uluslararası kalite standartlarına uygun olarak üretilmiş olmalıdır.

2.13. Cihaz en az 2 yıl garantiye sahip olmalıdır

2.14. Cihaz ile birlikte 1 adet taşıma çantası, 1 çift yetişkin ped, 2 adet batarya, Türkçe kullanma kılavuzu verilmelidir.

**3- KONTROL, MUAYENE VE KABUL**

Kontrol, muayene ve kabul bu şartname esaslarına göre TTK Genel Müdürlüğü Makine ve İkmal Dairesi Başkanlığı Muayene ve Tesellüm İşleri Şube Müdürlüğü ile İş Sağlığı, Güvenliği ve Eğitim Daire Başkanlığı elemanlarınca müştereken yapılacaktır.

**4- GENEL HÜKÜMLER**

1. **Teknik şartnamenin 2. maddesinde belirtilen hususlar sırasına göre tek tek cevaplandırılarak teklifle birlikte verilecektir.**
2. Firmalar teklifleri ile birlikte tanıtıcı katalog vereceklerdir. Firmalar tekliflerinde marka ve model belirteceklerdir.
3. Cihaz çalışır durumda teslim edilecektir ve 2 yıllık garanti süresi içerisinde firma tarafından ücretsiz olarak sağlanacaktır.
4. Cihaz, teslim tarihinden itibaren imalat ve montaj hatalarına karşı iki yıl garantili olacaktır. Firma garanti süresinin bitiminden itibaren ücret karşılığında bakım, servis hizmeti verecek ve gerek duyulması halinde yedek parça ihtiyacını karşılayacaktır.
5. Teslimat TTK Genel Müdürlüğü Makine ve İkmal Dairesi Başkanlığı Muayene ve Tesellüm İşleri Şube Müdürlüğüne yapılacaktır.
6. Gerekli görüldüğü taktirde firma tarafından cihazın kullanılmasına dair 1 iş günü eğitim verilecektir ve cihazın kurulması ve devreye alınmasından sonra firma uzmanlarının gözetiminde ihtiyaç birimi personeli tarafından tekrar uygulama yapılacaktır.
7. Garanti süresi içindeki arıza durumlarında firmadan uzaktan erişim yoluyla ücretsiz olarak destek talep edilebilecektir. İhtiyaç birimi personelinin ilgili firma destek personeline kolay erişimini sağlayacak şekilde iletişim bilgileri firmaca bildirilecektir.
8. Fatura kesim bilgileri aşağıda belirtilmiştir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FATURA ADRESİ** | **VERGİ DAİRESİ** | **VERGİ NUMARASI** |
| Türkiye Taşkömürü Kurumu Genel MüdürlüğüYayla Mahallesi İhsan Soyak Sokak No: 6 67030 ZONGULDAK | KARAELMAS | 879 003 3931 |

**5- SİPARİŞ MİKTARI VE TESLİM SÜRESİ**

1. Taşınabilir OED Defibrilatör Cihazı en geç 60 takvim günü içinde teslim edilmiş olacaktır.
2. Sipariş miktarı aşağıdaki gibidir:

|  |  |
| --- | --- |
| Malzemenin Cinsi | Sipariş Miktarı |
| OED Defibrilatör Cihazı | 3 adet |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TÜRKİYE TAŞKÖMÜRÜ KURUMU GENEL MÜDÜRLÜĞÜMakine ve İkmal Dairesi Başkanlığına | |
| MUAYENE İSTEK FORMU | | |
| **Firma Adı** |  | |
| **Sipariş Numarası** |  | |
| **Teslim Edilen Malzeme** |  | |
| **Teslim Tarihi** |  | |
| **AÇIKLAMALAR** | | |
| Yukarıda bilgileri verilen malzemeler ambarınıza teslim edilmiş olup muayenede bulunmayacağız. Muayene ve kabul işlemlerinin yapılmasını arz ederim.  **(Muayenede bulunmak istiyorsanız lütfen belirtiniz.)** | | |
| **FİRMA YETKİLİSİ**  **(Adı, Soyadı, imza ve kaşe)** | |  |
| **Firma ilgili kişi telefonu** | |  |
| Lütfen **0372 662 10 20** numaralı faksa gönderiniz. | | |