**BİRİM FİYAT TEKLİF CETVELİ**

İdarenin Adı :Diş Hekimliği Fakültesi YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARI UŞAK ÜNİVERSİTESİ

Doğrudan Temin Numarası :21DT293333

Malın Adı :FİSSUR ÖRTÜCÜ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | A |  B |
| Sıra No | Mal Kaleminin Adı ve Kısa Açıklaması | Birimi | Miktarı | Teklif Edilen Birim Fiyat (Para birimi belirtilerek) | Tutarı (Para birimi belirtilerek) |
| 1 | TOPİKAL SODYUM FLORÜR | adet | 1.000 |  |  |
| Toplam Tutar (K.D.V Hariç) |  |

|  |
| --- |
| Adı - SOYADI / Ticaret unvanı |
| Kaşe ve İmza  |

|  |
| --- |
| TEKLİF VERİLEBİLECEK ADRESLER: |
| Adres | Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkez MüdürlüğüCumhuriyet Mh. Kolej Sk. No:3 Uşak |
| Telefon | 0276 221 21 21- 5821 |
| e-posta | dishekimligi@usak.edu.tr |

**NOT:**
1- Teklif mektupları kaşeli ve imzalı olacaktır.

2- Ödeme esnasında % 0,948 oranında KDV hariç tutar üzerinden Damga Vergisi kesilecektir.

3- Nakliye, hamaliye, işçilik vb. giderler yükleniciye aittir.

4- Mal/Hizmetin tamamına teklif esastır.

5- Hizmetlerde ve Bakım-Onarım alımlarında KDV tevkifatı uygulanacaktır.

6-Teknik şartnameye uygun olmayan ve muayene kabulü yapılmayan mal/hizmetler kabul edilmeyecektir.

7-Teklif veren firmalar vermiş olduğu teklif ile birlikte teknik şartnameyi kabul ve taahhüt etmiş sayılır.

8-Teklifler Türk Lirası üzerinden ve KDV hariç verilecektir.

9-Teklif verme süresi 01.06.2021 saat 10:00’ a kadardır.

**TEKNİK ŞARTNAME**

**TOPİKAL SODYUM FLORÜR**

\*1 ml'sinde ort 50 mg/ml. dental süspansiyon'da aktif madde olarak en az 22,6 mg. florür'e denk gelen 50 mg. sodium florür bulunmalıdır.

\*Plastik döner kapaklı, kilitleme stoperli tüplerde bulunmalıdır.

\*Yardımcı madde olarak; etanol ort. % 96, beyaz balmumu, şellak DAB, kolofon, mastik, sakarin olmalıdır.

\*Hoş kokulu olmalıdır.

\*Vernik şeklinde olmalıdır.