



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

TARİH: 29 Mayıs 2018

SAYI: 45458912-934.01.00.00.00-002
KONU: Teklif Hak.

İLGİLİ FİRMALARA

Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi kliniklerinde kullanılmak üzere aşağıda yazılı malzemelerin, 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununun 22 .maddesi uyarınca doğrudan temin usulü ile satın alınacaktır.

İstenilen malzemelerin temini tarafınızdan mümkün ise, teklifinizi (KDV HARİÇ) **04.06.2018** tarih saat **12:00**'ye kadar Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Atakum/SAMSUN adresine veya 0362 457 69 29 nolu faksa ulaşacak şekilde göndermenizi rica ederim.


Hüseyin GÜMÜŞHAN
Fakülte Sekreteri

MALZEMENİN CİNSİ	MARKA / MODEL	MİKTARI	KDV HARİÇ BİRİM FİYATI	
			RAKAMLA	YAZIYLA
1. Angulduruva mandallı		30 Adet	.....	.....
2. Piyasemen düz		22 Adet	.....	.....
3. Airflow		1 Adet	.....	.....
4. Mikromotor endodontik apeks bulucu		1 Adet	.....	.....
5. Beyazlatma lambası		1 Adet	.....	.....
6. Steril sepet		10 Adet	.....	.....
7. Guta 		2 Adet	.....	.....
8. Kavitron		1 Adet	.....	.....
9. Işıklı sonic preperasyon sistemi		1 Adet	.....	.....
10. Koter		1 Adet	.....	.....

Eki: 9 sayfa Teknik Şartname

Adres. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ATAUM/SAMSUN
Telefon:0 362 457 60 30 Fax:0 362 457 60 32
mdemir@omu.edu.tr

T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ANGULDRUVA MANDALLI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. **KONU ve KAPSAM:** Anguldruva Mandallı alımı
2. **GEREKÇE:** Fakültemiz kliniklerinde kullanılmak üzere.
 1. Aletin maksimum sürüm hızı 20.000 d/dak. olmalıdır.
 2. Aletin kimliği mavi şeritli olmalıdır.
 3. Hız aktarımı 1:1 oranında olmalıdır.
 4. Kullanılan frezlerin shaft çapı 2,334 – 2,350 mm. olmalıdır
 5. Kullanılması gereken frezler çelik yada sert metalden yapılmış DIN EN ISO 1797-1 standartlarına uygun olmalıdır
 6. Sprey soğutması için gerekli olan minimum su miktarı 50 cm³/ dakika olmalıdır.
 7. Dıştan sulu olmalıdır.
 8. Alet 135 derecede C'de sterilize edilebilir.
 9. Alet termo dezenfektörde yıkanabilir. Dış dezenfeksiyonu kimyasal dezenfektanlarla silerek ya da spreylenecek yapılabilir.
 10. Aletin markası, modeli, seri numarası ve sterilizasyon bilgileri üzerinde yazmalıdır.
 11. Alet ISO 3964/DIN 13940 motorlarla uyumlu olmalıdır.
 12. Alet üzerinde marka, menşei ve seri numarası yazan orijinal kutusunda teslim edilmelidir.
 13. Aletin kutusunda sprey açıcı özel iğnesi bulunmalıdır.
 14. Alele frez takma işlemi mandallı sistem ile yapılmalıdır.
4. **NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME:** Teklifte numune getirilmelidir
5. **DENETİM VE MUAYENE METODLARI:** Numune görülerek değerlendirilecektir.
6. **AMBALAJLAMA VE ETİKETLEME:**
7. **GARANTİ ŞARTLARI:** Üretici firma tarafından en az 2 (iki) yıl garantisi olmalıdır
8. **EKLER:**
9. **YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):**

[Handwritten signature]
Teberruk

2.

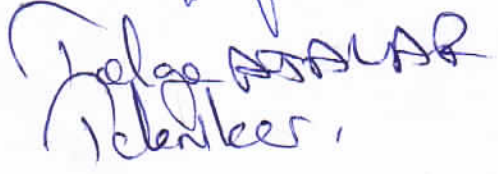
T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

PIYASEMEN DÜZ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. **KONU ve KAPSAM:** Piyasemen Düz alımı
2. **GEREKÇE:** Fakültemiz kliniklerinde kullanılmak üzere.
 1. Piyasemenin en az dönüş hızı 40.000 d/dak. olmalıdır.
 2. Piyasemen mavi şeritli olmalıdır.
 3. Hız aktarımı 1:1 oranında olmalıdır.
 4. Kullanılan frezlerin shaft çapı 2,350 mm. olmalıdır
 5. Kullanılan piyasemen frezlerin uzunluğu maksimum 44,5 mm, angldurva frezlerinin uzunluğu 22 mm olmalıdır.
 1. Dıştan sprej soğutması olmalı ve kurumumuzda kullanılan içten sulu ve dıştan sulu mikromotorlara bağlandığında su soğutma sistemi çalışabilmelidir.
 6. Aletin markası, modeli, seri numarası ve sterilizasyon bilgileri üzerinde yazmalıdır.
4. **NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME:** Teklifte numune getirilmelidir
5. **DENETİM VE MUAYENE METODLARI:** Numune görülerek değerlendirilecektir.
6. **AMBALAJLAMA VE ETİKETLEME:**
7. **GARANTİ ŞARTLARI:** Üretici firma tarafından en az 2 (iki) yıl garantisi olmalıdır
8. **EKLER:**
9. **YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):**



İzmir, 15.05.2023

T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

AİRFLOW CİHAZI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. **KONU ve KAPSAM:** ^{2. adet} airflow cihazı alımı
2. **GEREKÇE:** Fakültemiz kliniklerinde kullanılmak üzere.
3. **GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER :**
 1. Cihaz Ünite Bağlanabilmelidir.
 2. Cihaz toz haznesi 23 Gr dan az olmamalıdır
 3. Cihaz Toz hazne kapağı şeffaf olmalıdır
 4. Cihaz el parçasının toz çıkış uç kısmı 120 Derece açıda olmalı ve 360 Derece kendi etrafında dönebilmelidir.
 5. İstenildiğinde toz çıkış uç kısmı 90 derece açıda da verilebilmelidir
 6. Cihaz kapak, gövde ve ergonomi için 10cm den kısa olmayan el parçasından oluşmalıdır.
 7. El Parçası 135 Derecede otoklavlanabilmelidir.
 8. Tıkanmayı asgariye indirmek için el parçasına ayrıca metal uç takılmaya gerek duyulmamalıdır.
 9. Cihaz 3.2 Atm hava basıncı ile çalışmalıdır.
 10. Cihazla birlikte en az 300 Gr ağırlığında plastik şişe ambalajlı Air-Flow tozu verilebilmelidir.
 11. İstenildiğinde farklı aromalı tozlar verilebilmelidir.
 12. Cihaz Ünite bağlanması için gerek duyulan bağlantı adaptörüne sahip olmalıdır.
 13. Cihaz kolay muhafaza edilebilmesi ve taşınabilmesi için cihazla aynı üretici logosuna sahip orijinal birlikte verilmelidir.
 14. Cihaz bağlandığı üniten ayak pedalıyla çalışmalıdır.
 15. Fakültemiz envanerinde bulunan EMS marka tozu kullanmaya uyumlu olmalıdır
4. **NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME:** Teklifte numune getirilmelidir.
5. **DENETİM VE MUAYENE METODLARI:** Numune görülerek değerlendirilecektir.
6. **AMBALAJLAMAVE ETİKETLEME:**
 - Orijinal ambalajında bulunmalıdır.
7. **GARANTİ ŞARTLARI:** en az 2 yıl garantili olmalı
8. **EKLER:**
9. **YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):**

Prof. Dr. Murat SAKALLIOĞLU
Periodontoloji Uzmanı
Dip. Tes. No: 28884
Uzm. Tes. No: 93848

Doç. Dr. Feyza OTAN ÖZDEN
OMÜ Diş Hekimliği Fak.
Periodontoloji A.D.
Dip. No: 2008
Tescil No: 21665

Doç. Dr. İker KESKİNER
OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji A.D.
Dip. Tes. No: 2099



T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

**ENDODONTİK MOTOR (RESİPROKAL HAREKET YAPAN APEKS BULUCU İÇEREN)
TEKNİK ŞARTNAMESİ**

Hazırlayan Klinik/Birim:

Tarih:

1. KONU ve KAPSAM: Resiprokal Hareket Yapan Apeks Bulucu İçeren Endodontik Motor 1

Adet

2. GEREKÇE: Kliniğimizde kullanılmak üzere

3. GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER:

- Tork, hız ve program ayarlarının yapıldığı ve kanala girildiğinde mesafeyi gösteren masaüstü ekran kısmı ile endodontik tedavide kullanılacak angldruva ve mikromotordan oluşmalıdır.
- Apeks bulucu ve endodontik angılduruvasını bir arada barındırmalı ve bu iki fonksiyon istenildiğinde ayrı ayrı da kullanılabilmelidir.
- Elektrik iletimi için hasta ağzına konulacak dudak elektrodu da beraberinde verilmelidir.
- Cihazın mikromotor başlık kısmı elektrik akımını iletmeyen özel bir kaplamaya sahip olmalıdır.
- Tüm döner NiTi sistemlerle birlikte kullanılabilmeli; resiprokal hareket yapabilmeli; resiprokal hareket ile çalışan en az iki program hafızada kayıtlı olmalıdır.
- Tork değeri ekran üzerindeki "+" ve "-" düğmeleri kullanılarak ayarlanabilmelidir.
- Eğe kanalın içerisinde apikale geldiğinde otomatik olarak geri dönmelidir (Auto Re verse).
- Digital ekrana sahip olmalı ve tüm işlemlere kolayca erişebilir olmalıdır.
- En az 9 farklı program hafızası olmalıdır.
- Bütün programlar değiştirilebilir ve kaydedilebilir nitelikte olmalıdır.
- Geniş LCD ekranı sayesinde apex locator modundayken eğenin kanal içerisinde ilerlemesi kolayca takip edilebilmelidir.
- 100-800 rpm aralığında çalışmalı, ekran üzerindeki düğmelerle ayarlanabilmelidir.
- Bataryalı ya da batarya şarj halindeyken kullanılabilmelidir.
- Pili 11,1 Volt Li-Ion-Mn şarj edilebilir 1600 mAH olmalıdır.

Prof.Dr.Hikmet AYDEMİR

T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

BEYAZLATMA LAMBASI TEKNİK ŞARTNAMESİ

Hazırlayan Klinik/Birim: _____

Tarih:...

1. KONU ve KAPSAM : Beyazlatma Lambası cihaz alımı

2. GEREKÇE : Fakültemiz kliniklerinde kullanılmak üzere

3. GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER :

1. Işık kaynağı led olmalı.
2. Çıkış dalgı boyu aralığı en az 430 nm olmalı..
3. Tüm beyazlatma ajanları ile kullanılabilmeli
4. Ergonomik tasarımı ile hastaya göre konumlandırılabilmeli
5. Ağırlığı 4-8 kg arasında olmalı.
6. Özel ark tasarımı sayesinde tüm ağıza uygulanabilmelidir.

4.NUMUNE ALMA VE DEĞERLENDİRME : Teklifte numune getirilmelidir.

5.DENETİM VE MUAYENE METODLARI : Numune görölerek değeriendirilecektir.

6.AMBALAJLAMA VE ETİKETLEME :

Malzemeler 2 yıl garantili olacak;bu garanti üretici firma,Türkiye temsilcisi ve varsa yetki verilen satıcı firma tarafından verilecektir.Garanti süresince bakım,onarım ve yedek parçadan hiçbir ücret talep edilmeyecektir.Tamiri mümkün olmayanlar yenisi ile değıştirilecek.

7.GARANTİ ŞARTLARI : ...

8.EKLER:

9.YARARLANILAN DOKUMAN (VARSA):

h. h. h.

- Pilin şarj durumu ekran üzerinde yine ışıklı bir gösterge ile görülebilmelidir. Şarj edilmesi gerektiğinde ışıkla uyarı vermelidir.
 - Türkçe kullanım kılavuzu içermelidir.
 - Kutu içerisinde ayrıca yedek dudak klipsi, ege tutucu kablo ve elektrik iletimini engellemek amaçlı anguldurvaya geçirilen lastik kılıf bulunmalıdır.
4. NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME: Teklifte numune getirilmelidir
 5. DENETİM VE MUAYENE METODLARI: Numune görülerek değerlendirilecektir.
 6. AMBALAJLAMAVE ETİKETLEME:
 - Ürünün CE ve yetki belgesi ihale komisyonuna ibraz edilebilmelidir.
 - Orijinal ambalajı içinde olacak.
 - Türkçe kullanım kılavuzu içermelidir.
 7. GARANTİ ŞARTLARI: Üretici firma tarafından en az 2 (iki) yıl garantisi olmalıdır
 8. EKLER:
 9. YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):

h. h. h.

6

T.C.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ÇAMAŞIR SEPETİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. **KONU ve KAPSAM:** ÇAMAŞIR SEPETİ alımı
2. **GEREKÇE:** Fakültemiz kliniklerinde kullanılmak üzere.
3. **GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER :**
 1. Sepetler AISI 304 (1.4301) kalite paslanmaz çelikten imal edilmiş olmalıdır.
 2. Sepetler buharlı sterilizasyon(134 derece) ve sıcak hava sterilizasyonunda (180derce)'ye uygun olmalıdır.
 3. Sepetler üzerindeki mil kalınlıkları 3mm ve 6mm 304 kalite mil kullanılarak tel aralıkları 30x30mm olmalıdır.
 4. Üretici firma ISO 13485:2003 belgesine sahip olmalıdır.
 5. Sepetler , en az (2) iki yıl garantili olacaktır. Garanti, üretici ve satıcı firma tarafından taahhüt edilecektir. Yedek parça ve servisin, ücreti karşılığı 5 (beş) yıl süre ile sağlanacağı taahhüt edilecektir.
 6. TÜRK STANDARTLARI ENSTİTÜSÜNDEN alınmış TSE EN 868-8 uygunluk belgesi dökümanlar ile birlikte verilecektir.
 7. T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 01/05/2008 tarih ve 15167 sayılı genelge hükümlerince, teklif edilen ürünlerin ihale tarihi itibari ile İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası'nda kayıtlı olması ve alımı yapılacak ürünlerin T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB)' de Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı olması gerekmektedir. r. İlgili gruba teklif edilen ürünlerden bir veya daha fazlasının onaylı barkod numarasının olmaması durumunda grup bütünlüğü bozulacağından isteklinin teklifi o grupta değerlendirme dışı bırakılacaktır.
 8. İstenilen Sepet ölçüleri aşağıda verilmiştir.
-Sepet 500X500X200 mm olmalıdır.
4. **NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME:** Teklifte numune getirilmelidir
5. **DENETİM VE MUAYENE METODLARI:** Numune görülerek değerlendirilecektir.
6. **AMBALAJLAMA VE ETİKETLEME:**
7. **GARANTİ ŞARTLARI:** Üretici firma tarafından en az 2 (iki) yıl garantisi olmalıdır
8. **EKLER:**
9. **YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):**

Başkanın
T.C. YILMAZ
[Signature]

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GUTTA CUT CİHAZI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1.KONU ve KAPSAM: Gutta Cut Cihazı

2.GEREKÇE: Kliniklerimizde kullanılmak üzere

3.GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER:

- Kanala yerleştirilen gutta perkaların kesilmesinde kullanılır.
- Bir kaide parçası ve bir el parçasından oluşmalıdır.
- Kaidе parçasının üzerinde el parçasının yerleşeceği iki adet yuva bulunmalıdır.
- Şarj edilebilir el parçası yuvasında iken kaide şhir ceryanına bağlanınca şarj etme işlemi yapılabilmelidir.
- El parçasının şarjı bittiğinde kırmızı ışık söner, şarj edildiğinde ise yanar.
- Ni-Cad pili olmalı ve her şarjda en az 80 kere kullanılabilmelidir.
- El parçası üzerinde bir aç/ kapa düğmesi ile cihaz aktif hale getirebilmeli veya kapatılmalıdır.
- Kaviteye kadar soğuk gidilip, kaviteye girdikten sonra basıldığı anda ısınır.
- Ön ısıtmaya gerek duyulmamalıdır.
- Cihazla beraber 4 adet 1,2,3,4 numaralı uç verilmelidir ve uçları otoklavlanabilmeli
- El parçası uçlar hariç en az 42 gr olmalıdır.
- El parçası uzunluğu en az 14,2 cm çapı ise en az 1,8 cm olmalıdır.

4.NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME: Teklifte numune getirilmelidir.

5.DENETİM VE MUAYENE METODLARI: Numune görülerek değerlendirilecektir.

6.AMBALAJLAMAVE ETİKETLEME:

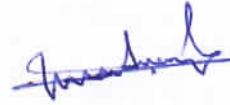
- cihaz CE sertifikasına sahip olmalı
- Kullanım kılavuzu bulunmalı

7.GARANTİ ŞARTLARI:

- En az 2 (iki) yıl garantisi olmalıdır.

8.EKLER:

9.YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):


Prof. Dr. Hikmet AYDEMİR
En. İ. B. Dalı Başkanı

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

KAVİTRON CİHAZI TEKNİK ŞARTNAMESİ

1. KONUSU ve KAPSAM: kavitron cihazı

2. GEREKÇE: Fakültemiz kliniklerinde kullanılmak üzere.

3. GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER :

- 1.Cihaz 100V/110V/230V, 50-60 Hz şehir cereyanı ile çalışabilmelidir.
- 2.Cihaz sınıf I, Tip BF olmalıdır.
- 3.Cihaz çalışma frekansı 28-36 kHz aralığında olmalıdır.
- 5.El aletinin kordon uzunluğu 2000 mm'yi geçmemelidir.
- 6.El aleti ve uçlar 134°C ve 2 bar basınçta ve 18dk boyunca otoklavlanabilir olmalıdır.
- 8.Cihaz Cruise Control System teknolojisine sahip olmalıdır.
- 9.Cihaza dışardan su bağlantısı yapılabilmelidir.
10. Cihaz maximum çalışma gücü 30 VA olmalıdır.
- 11.Cihaz uzun ömürlü çalışma sistemine sahip olmalıdır.
- 12.Cihaz sabit akış hızı sayesinde kontrollü bir püskürtme sağlamalıdır.
- 13.Cihaz renk kodlama sistemine sahip olmalıdır. Cihaz üzerinde güç ve genlik değerlerini ayarlayan buton bulunmalıdır. Buton çevrilerek değiştirilen 4 farklı renk (yeşil, sarı, mavi, turuncu) sayesinde güç değerleri ayarlanabilmelidir.
- 14.Buton sayesinde ayarlanan güç değerlerine uygun olan yeşil, sarı, mavi ve turuncu renkte uçlar seçilebilmelidir. Bu renkler uçların üzerinde belirtilmiş olmalıdır.
- 15.Cihaz ultrasonik teknolojiyle su püskürtmeli olarak çalışmalı ve piezoelektrik kristal içermelidir.
- 17.Bağlantı hortumu silikonlu yapıda olup hijyen açısından düz olmalıdır.
18. Profilaksi, periodontal, endodonti, restoratif işlemlerde ve cerrahi endodonti işlemlerinde kullanılabilecek ayrı ayrı çok sayıda uç seçeneği olmalı ve istenildiğinde temin edilebilmelidir.
19. 1 - 5 bar (14 -72 psi) arasında su basıncı ile rahatlıkla çalışabilmelidir.
20. Cihazın su bağlantı hortumunda özel bir filtre olmalı ve şebekeden gelen suyu süzerek cihaza göndermelidir. Bu filtre temizlenebilir özellikte olmalıdır.
21. Cihazın açık olduğunu gösteren indikatör lambası vardır.
22. Cihazın arkasındaki bir düğme ile kolayca ayarlanan Su püskürtmeli spreyi ayarı olmalıdır.
23. 134°C da otoklav da steril edilebilen detertraj uçlarının vidalanarak takıldığı el parçası (Piyasemen) ayrılabilir ve 3 değişik detertraj ucu ile paket edilmiş olmalıdır.
24. Fakülte envanterinde halihazırda bulunan çalışma uçları ile uyumlu olmalıdır.

4. NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME:

5. DENETİM VE MUAYENE METODLARI:

6. AMBALAJLAMAVE ETİKETLEME:

- Orijinal ambalajında bulunmalıdır.

8. EKLER:

9. YARARLANILAN DOKÜMAN (Varsa):

Prof.Dr.Umur SAKALIOĞLU
Periodontoloji Uzmanı
Dip. Tes. No: 28834
Uzm. Tes. No: 93838

Doç. Dr. Feyza OTAN ÖZDEN
OMÜ Diş Hekimliği Fak.
Periodontoloji A.B.
Dip. No: 2008
Tescil No: 21868

Doç.Dr. İker KESKİNER
OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi
Periodontoloji A.B.
Dip. Tes. No:20931

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

IŞIKLI SONİK PREPERASYON SİSTEMİ TEKNİK ŞARTNAMESİ

1.Konu Ve Kapsam: Işıklı Havalı Scaler ve Preperasyon Uçları Alımı

2.Gerekçe: Restoratif Diş Tedavisi Kliniğinde kullanılmak üzere

3.Genel İstek Ve Özellikler:

- 1- Mikroinvaziv çürük tedavisi, periodontal tedavi, profilaktik uygulamalar, CAD/CAM tasarım inley çalışmalarında kavite preperasyonunda kullanılabilmesi
- 2-Gövdesi "plazmatech" kaplama ile kaplanmış olmalı
- 3- Üç (3) farklı güç seviyesinde çalışabilir olmalı
- 4- cihaz ile birlikte kullanılacak preperasyon uçlar aşağıdaki özellikleri taşımalıdır:
 - a- CAD/CAM tasarım sistemlerinin ihtiyaçlarına özel olmalıdır
 - b-kavite preperasyonu ile mükemmel adaptasyon sağlayabilmelidir
 - c-distal, lateral açısı 60° olmalıdır
 - d-servikal açısı 90° olmalıdır
 - e-D46 elmas kaplama olmalıdır
 - f- sonicflex 2003/L ve sonicflex 2008/L ile uyumlu olmalıdır
 - g-Nr.34, Nr.34A, Nr.35, Nr. 35A numaralandırmasında olmalıdır

4. Numune Alma Ve Değerlendirme: teklifte numune getirilmelidir

5. Denetim Ve Muayene Metodları: numune görülerek değerlendirilecektir.

6. Ambalajlama Ve Etiketleme:

7. Garanti Şartları:

8. Ekler:

9. Yararlanılan Doküman (Varsa):

h. h. t.

ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

KOTER TEKNİK ŞARTNAMESİ

Hazırlayan Klinik/Birim: PERİODONTOLOJİTarih: 07.12.2015

1. **KONU ve KAPSAM:** 1 adet koter cihazı
2. **GEREKÇE:** Fakültemiz periodontoloji kliniğinde kullanılmak üzere.
3. **GENEL İSTEK VE ÖZELLİKLER :**
 - Çalışma voltajı: 220 V/ 50 Hz olmalıdır.
 - Çalışma Frekansı: 1,4 – 1,7 Mhz olmalıdır.
 - Gücü: 50 Watt olmalıdır.
 - El aleti kablo uzunluğu: 1,9 m olmalıdır.
 - 3 adet çalışma modu bulunmalı ve aynı düğme vasıtası ile bir moddan diğerine geçebilmelidir.
 - Her çalışma modu için ayrı renkte ışıklı uyarıcı olmalıdır.
 - Çalışma gücü düğme yardımı ile ayarlanabilmeli ve 10 basamaklı olmalıdır.
 - Çalışma gücünün şiddetinin her bir basamağını gösteren ışıklar olmalıdır.
 - 7 adet farklı tipte ucu olmalıdır.
 - Ayak pedali olmalıdır.
 - Güç kablosu olmalıdır.
 - Nötr ve aktif uçlar için kabloları olmalıdır.
 - Türkçe kullanım klavuzu olmalıdır.
4. **NUMUNE ALMA veya DEĞERLENDİRME:** Teklifte numune getirilmelidir.
5. **DENETİM VE MUAYENE METODLARI:** Numune görülerek değerlendirilecektir.
6. **AMBALAJLAMAVE ETİKETLEME:**
 - Orijinal ambalajında bulunmalıdır.
7. **GARANTİ ŞARTLARI:** en az 2 yıl garantili olmalı
8. **EKLER:**
9. **YARARLANILAN DOKUMAN (Varsa):**

Ad Soyad, Ünvan

Prof. Dr. Umut SAKALIOĞLU
Periodontoloji Uzmanı
Dip. Tes. No: 28884
Tescil No: 93848

Ad Soyad, Ünvan

Doç. Dr. Feyza OTAN ÖZDEN
OMÜ Diş Hekimliği Fak.
Periodontoloji A.D.
Dip. No: 2008
Tescil No: 21665

Ad Soyad, Ünvan

Doç. Dr. İker KESKİNE
OMÜ Diş Hekimliği Fak.
Periodontoloji A.D.
Dip. Tes. No: 20937