

PT. OPHTHALINDO JAYA

MGK Kemayoran Kantor Blok A No. 8-9,
 Jalan Angkasa Kav B-6, Kota Baru, Kemayoran,
 Jakarta Pusat 10610 – Indonesia
 +62-21 2937 1382 [Phone] | +62-21 2937 1381 [Fax] | +62 8211 0628 189
 info@ophthalindojaya.com | www.ophthalindojaya.com

**OPHTHALINDO**

No : 138/OJ/SPT-PM/III/2020/Rev.II
 Perihal : Penawaran Harga

Jakarta, 26 Maret 2020

Kepada Yth.
Direktur
RS Mata Undaan
Jl. Undaan Kulon No,19, Peneleh
Genteng, Surabaya, Jawa Timur 60274
Telp. 031 - 5343806

Up. Ibu Lely

Dengan hormat,

Bersama ini kami PT. Ophthalindo Jaya yang bergerak dibidang supplier alat-alat untuk spesialis kedokteran mata mengajukan penawaran harga sebagai berikut :

No.	Part No.	Nama Barang
1.	SUN-E#SK-LS-1B	Handheld Slit Lamp Microscope - Sunkingdom Med.Co Spesification : Type – Bonocular han held Biomicroscope slit lamp Eyepiece – Converging binocular 13° Work Distance – 80mm (16X), 100mm (10X) Pupil Distance – 47mm -75mm Diopter Compensation - -7D-+7D Slit Length – 12mm Slit Angle – Horixontal ±60° Filters – Neutral density, Heat-absorption, red-free, cobalt-blue Lighting Bulb – LED, color temperature 3500K Brightness - ≥250000Lux LED work voltage – DC7, 4V, 680 mAh Battery – Li-ion battery, 7.4 V/680 mAh Size – 320mmx310mmx205mm Weight – 890g
	Harga :	Rp. 78.923.077,-
	Disc. 35% :	Rp. 27.623.077,-
	Harga Nett :	Rp. 51.300.000,-

No : 138/OJ/SPT-PM/III/2020/Rev.II

Jakarta, 26 Maret 2020

Ketentuan :

1. Harga dalam mata uang Rupiah dan sudah termasuk PPN 10%.
2. Harga berlaku 3 bulan sejak surat ini dikeluarkan.
3. Franko Surabaya.
4. Dp 30%, sisa pembayaran dibayarkan setelah unit diinstal.
5. Garansi alat 1 tahun bukan karena kesalahan pemakaian.
6. Persediaan barang **ready stock**.

Demikian informasi ini kami ajukan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

PT. Ophthalindo Jaya



OPHTHALINDO
Sales Sub Dept
Agung Kristantyo. B
Product & Sales Manager

Contact Person :

Bapak Petrus 0811 307 621

RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA PERMINTAAN BARANG MEDIS NON RUTIN

UNIT : Rawat Jalan

TANGGAL : 15 April 2020

NO	NAMA BARANG	MEREK	NO. KATALOG	JUMLAH	PERKIRAAN HARGA	KONDISI BARANG LAMA
1	slitlamp portable	Sun Kingdom		1	52.000.000	Belum ada


Menyetujui
Ka. Unit

()

Mengetahui,
Wadir Yan Medik

(dr. Ria Sylvia, SpM)

Pemohon


(Siti laely Rochmah)

Ka. Ins. Farmasi


(Intan Kusumawati)

FORM EVALUASI KLINIS

Nama Produk : Portable Slit lamp

Tanggal : _____

Nama Dokter : _____

Nama Organisasi/RS/Klinik : _____

Jenis>Nama Operasi : _____

Merek Produk yang sedang dipakai : _____

Tolong diberikan nilai atas produk kami :

(5=Sangat Bagus, 4=Bagus, 3=Semang, 2=Kurang, 1=Sangat Kurang)

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Kenyamanan penggunaan | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |
| b. Kemudahan Penggunaan | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |
| c. Kualitas Produk | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |
| d. Kesan Keseluruhan | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |

Komentar atau Saran jika ada.

Bagaimana cara utli jolus ke kapul posteur ?

Terima kasih atas bantuannya dalam melakukan evaluasi Produk kami.



Silahkan menghubungi kami di:

PT. OPHTHALINDO JAYA


email: info@ophthalindojaya.com

MGK Kemayoran Kanto Blok A No. 7,

Jakarta Pusat 10610

Tel: +62-21-29371382, Fax: +62-21-29371381

Tanda Tangan Dokter


(dr. lami sye)

FORM EVALUASI KLINIS

Nama Produk : Sit-Lamp portable Tanggal : _____

Nama Dokter : Irma Praminiarti

Nama Organisasi/RS/Klinik : _____

Jenis>Nama Operasi : _____

Merek Produk yang sedang dipakai : _____

Tolong diberikan nilai atas produk kami :

(5=Sangat Bagus, 4=Bagus, 3=Sedang, 2=Kurang, 1=Sangat Kurang)

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| a. Kenyamanan penggunaan | 5 / 4 / 3 / 2 / 1 |
| b. Kemudahan Penggunaan | 5 / 4 / 3 / 2 / 1 |
| c. Kualitas Produk | 5 / 4 / 3 / 2 / 1 |
| d. Kesan Keseluruhan | 5 / 4 / 3 / 2 / 1 |

Komentar atau Saran jika ada.

E

Terima kasih atas bantuannya dalam melakukan evaluasi Produk kami.



Silahkan menghubungi kami di:

PT. OPHTHALINDO JAYA

email: info@ophthalindojaya.com

MGK Kemayoran Kanto Blok A No. 7,

Jakarta Pusat 10610

Tel: +62-21-29371382, Fax: +62-21-29371381

Tanda Tangan Dokter


dr. Irma Praminiarti, SpM
SID:503.446.01362.11P.DN.436.72.2017

FORM EVALUASI KLINIS

Nama Produk : dr. Dewi Rosarina, SpM

Tanggal : 29/3/2020

Nama Dokter :

SIP : 503.446/01649/II/P.DS/436.7.2/2019

Nama Organisasi/RS/Klinik :

RS Mata Undaan Surabaya

Jenis>Nama Operasi :

Merek Produk yang sedang dipakai :

Reichert 7CR

Tolong diberikan nilai atas produk kami :

(5=Sangat Bagus, 4=Bagus, 3=Sedang, 2=Kurang, 1=Sangat Kurang)

- | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a. Kenyamanan penggunaan | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |
| b. Kemudahan Penggunaan | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |
| c. Kualitas Produk | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |
| d. Kesan Keseluruhan | 5 | / | 4 | / | 3 | / | 2 | / | 1 |

Komentar atau Saran jika ada.

Terima kasih atas bantuannya dalam melakukan evaluasi Produk kami.



Silahkan menghubungi kami di:

PT. OPHTHALINDO JAYA

email: info@ophthalindojaya.com

MGK Kemayoran Kanto Blok A No. 7,

Jakarta Pusat 10610

Tel: +62-21-29371382, Fax: +62-21-29371381

Tanda Tangan Dokter

dr. Dewi Rosarina, SpM

SIP : 503.446/01649/II/P.DS/436.7.2/2019

FORM EVALUASI KLINIS

28/2020
3

Nama Produk :

Tanggal :

Nama Dokter :

dr. Muh. Valeri AlHakim, SpM
NIP:501.446.017753.11.DN/436.6.32015

Nama Organisasi/RS/Klinik :

Jenis>Nama Operasi :

Merek Produk yang sedang dipakai :

Tolong diberikan nilai atas produk kami :

(5=Sangat Bagus, 4=Bagus, 3=Sebagai, 2=Kurang, 1=Sangat Kurang)

- a. Kenyamanan penggunaan 5 / 4 / 3 / 2 / 1
- b. Kemudahan Penggunaan 5 / 4 / 3 / 2 / 1
- c. Kualitas Produk 5 / 4 / 3 / 2 / 1
- d. Kesan Keseluruhan 5 / 4 / 3 / 2 / 1

Komentar atau Saran jika ada.

1x pembelian 2 3x pembelian score rendah keke gati

Terima kasih atas bantuannya dalam melakukan evaluasi Produk kami.



Silahkan menghubungi kami di:

PT. OPHTHALINDO JAYA

email: info@ophthalindojaya.com

MGK Kemayoran Kanto Blok A No. 7,

Jakarta Pusat 10610

Tel: +62-21-29371382, Fax: +62-21-29371381

Tanda Tangan Dokter

dr. Muh. Valeri AlHakim, SpM
NIP:501.446.017753.11.DN/436.6.32015

()

FORM EVALUASI KLINIS

Nama Produk :

Tanggal :

Nama Dokter :

dr. Lydia Nuradianti, SpM
NIP: 503.446.012.381/1/P.DS/436.6.3/2015

Nama Organisasi/RS/Klinik :

Jenis>Nama Operasi :

Merek Produk yang sedang dipakai :

Tolong diberikan nilai atas produk kami :

(5=Sangat Bagus, 4=Bagus, 3=Sedang, 2=Kurang, 1=Sangat Kurang)

- a. Kenyamanan penggunaan 5 / 4 / (3) / 2 / 1
- b. Kemudahan Penggunaan 5 / 4 / (3) / 2 / 1
- c. Kualitas Produk 5 / (4) / 3 / 2 / 1
- d. Kesan Keseluruhan 5 / (4) / 3 / 2 / 1

Komentar atau Saran jika ada.

-

Terima kasih atas bantuannya dalam melakukan evaluasi Produk kami.



Silahkan menghubungi kami di:

PT. OPHTHALINDO JAYA

email: info@ophthalindojaya.com

MGK Ke. Jayoran Kanto Blok A No. 7,

Jakarta Pusat 10610

Tel: +62-21-29371382, Fax: +62-21-29371381

Tanda Tangan Dokter

dr. Lydia Nuradianti, SpM
NIP: 503.446.012.381/1/P.DS/436.6.3/2015