**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. ZAKUP 13 AMBULANSÓW TYPU C**

**DLA WSPRiTS MEDITRANS WARSZAWA**

**MODYFIKACJA**

**z dnia 19.04.2019 r.**

**Zadanie 1. Zakup 13 ambulansów typu C dla WSPRiTS Meditrans Warszawa**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C****Pojazd kompletny: Marka ……………………………….………. Typ ……………………………….………. Oznaczenie handlowe ………………….…………………….** **Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:.................................................................................................................................................................................** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. **NADWOZIE**
 |
| Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit, zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi, szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym. | **TAK** |  |
| DMC do 3,5 tony. | **TAK** |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne), z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Półki nad przednią szybą. | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca ergonomiczne miejsce pracy kierowcy.  | **TAK** |  |
| Oświetlenie pomocnicze. | **TAK** |  |
| Fotel kierowcy amortyzowany z podłokietnikami z elektryczną regulacją w 3 płaszczyznach oraz regulacją podparcia odcinka lędźwiowego.  | **TAK** |  |
| Fotel pasażera z podłokietnikami, z regulacją w 3 płaszczyznach z regulacją podparcia odcinka lędźwiowego. | **TAK** |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni). | **TAK** |  |
| Furgon - lakier w kolorze białym. | **TAK** |  |
|  Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | **TAK****podać** |  |
|  Wysokość przedziału medycznego minimum 1,80 m. | **TAK****podać** |  |
| Długość przedziału medycznego minimum 3,25 m.  | **TAK****podać** |  |
| Szerokość przedziału medycznego minimum 1,70 m. | **TAK****podać** |  |
| Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. | **TAK** |  |
| Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | **TAK** |  |
| Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | **TAK** |  |
| Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości minimum 1,70 m. | **TAK****podać** |  |
| Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka), z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | **TAK** |  |
| Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:- mocowanie dla 2 szt. butli tlenowych 10l,- mocowanie krzesełka kardiologicznego,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych, - mocowanie materaca próżniowego,- miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę. | **TAK** |  |
| Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, boczne poduszki powietrzne chroniące głowę kierowcy i pasażera. | **TAK** |  |
| Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem. | **TAK** |  |
| Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, z powierzchnią antypoślizgową. | **TAK** |  |
| Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | **TAK** |  |
| Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | **TAK** |  |
| Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne, elektrycznie podgrzewane i regulowane. | **TAK** |  |
| Mocowanie dostarczonego przez Zamawiającego systemu SWD w kabinie kierowcy. W skład systemu do wykonania po stronie wykonawcy uchwyt, stacja dokująca tabletu, moduł GPS. | **TAK** |  |
| Przednie światła pojazdu bazowego (dzienne, mijania, drogowe) LED  | **TAK** |  |
| Przednie reflektory przeciwmgielne. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa o pojemności minimum 75 l. | **TAK****podać** |  |
| Radioodtwarzacz fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego z głośnikami w kabinie kierowcy i w przedziale medycznym, zasilany z 12V z anteną dachową. | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel dotykowy, przekątna minimum 5 cali, sterujący oświetleniem zewnętrznym (światła robocze) oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową, a także informujący o stanie naładowania akumulatorów. | **TAK** |  |
| 1. **SILNIK**
 |
| Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | **TAK** |  |
| Silnik o pojemności minimum 1950 cm³. | **TAK****podać** |  |
| Silnik o mocy 175 KM. | **TAK** |  |
| Silnik o mocy powyżej 175 KM. **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Moment obrotowy 380 Nm. | **TAK** |  |
| Moment obrotowy powyżej 380 Nm. **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Norma emisji spalin aktualnie obowiązująca w Europie. | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | **TAK** |  |
| Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | **TAK****podać** |  |
| Napęd na koła przednie lub oś tylną. | **TAK****podać** |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY I SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA**
 |
| Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | **TAK** |  |
| Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny. | **TAK** |  |
| Elektroniczny korektor siły hamowania. | **TAK** |  |
| Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania. Dodatkowy elektroniczny system wspomagający, układ uaktywniający się poprzez automatyczne hamowanie w razie zagrożenia wjechania w tył pojazdu poprzedzającego.  | **TAK** |  |
| Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane. | **TAK** |  |
| System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | **TAK** |  |
| System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu, typu ASR lub równoważny. | **TAK** |  |
| System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru, wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy. | **TAK** |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie oraz tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni prześwit i komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej i opisać oferowane rozwiązanie).  | **TAK****podać** |  |
| Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | **TAK** |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| Ze wspomaganiem. | **TAK** |  |
| Kolumna kierownicy regulowana w 2 płaszczyznach. | **TAK** |  |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA**
 |
| Grzałka elektryczna w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | **TAK** |  |
| Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | **TAK****podać** |  |
| Ogrzewanie wykorzystujące ciecz chłodzącą silnik – nagrzewnica w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | **TAK** |  |
| Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy min. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego. | **TAK****podać** |  |
| Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego. | **TAK** |  |
| Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W kabinie kierowcy, jak i w przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę. | **TAK** |  |
| Rozprowadzenie powietrza w przedziale medycznym na całej długości sufitu przez min. 6 wylotów chłodnego powietrza dwa w przednie, dwa w środkowej i dwa w tylnej części w celu równomiernego jego rozprowadzenia **/parametr punktowany/ Tak – 10 pkt, Inne rozwiązanie – 0 pkt.**Rozwiązanie przebadane na zgodność z normą 1789 - dostarczyć przy dostawie przedmiotu zamówienia dokument potwierdzający wymagania. | **TAK****podać****rozwiązanie** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | **TAK****podać** |  |
| Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu. | **TAK** |  |
| Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 180 A. | **TAK****podać** |  |
| Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V), sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich. | **TAK** |  |
| Instalacja elektryczna 230V:a) zasilanie zewnętrzne 230V,b) minimum 4 gniazda 230V w przedziale medycznym, c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym,d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe,e) przewód zasilający minimum 10 m. | **TAK****podać** |  |
| Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. | **TAK** |  |
| Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- minimum 4 gniazda 12V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,- gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | **TAK****podać** |  |
| Termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych, wyposażony we wskaźnik temperatury. | **TAK** |  |
| System sterujący i nadzorujący instalację elektryczną zabudowy pojazdu wyposażony w:- wyświetlacz dotykowy o przekątnej ekranu min. 7 cali, przystosowany do pracy w niskich temperaturach, umieszczony w przedziale medycznym,- dodatkowy dotykowy wyświetlacz w kabinie kierowcy o przekątnej min 5 cali zamontowany w centralnej części deski rozdzielczej - funkcję włączania/wyłączania oświetlenia wewnętrznego (rozproszonego i punktowego) w przedziale medycznym,- funkcję włączania/wyłączania oświetlenia zewnętrznego wraz z sygnalizacją działania,- funkcję zegara z prezentacją aktualnej daty i godziny,- funkcję termometru z prezentacją aktualnej temperatury wewnątrz i na zewnątrz pojazdu,- funkcję obrazującą otwarcie/niedomknięcie drzwi przesuwnych oraz drzwi tylnych,- funkcję wyświetlania stanu naładowania akumulatorów wraz z sygnalizacją graficzną i dźwiękową stanu alarmowego,- zabezpieczenie zapobiegające uszkodzeniu akumulatorów poprzez nadmierne rozładowanie,- funkcję sterowania ogrzewaniem oraz klimatyzacją przedziału medycznego z możliwością regulacji temperatury co 1 st. Celsjusza w zakresie od 15 do 26 st.,- funkcję sterowania wentylatorem,- funkcję sterowania termoboxem,- funkcję zaprogramowania uruchomienia ogrzewania o określonej porze,- funkcję monitorowania prawidłowości działania odbiorników elektrycznych wchodzących w skład zabudowy pojazdu.(podać markę) | **TAK****podać** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami  w technologii LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych. | **TAK** |  |
| Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem, umieszczona w tylnej części dachu  pojazdu, z modułami LED koloru niebieskiego,  dodatkowe światła w technologii LED (robocze) do oświetlania przedpola za ambulansem oraz światła kierunkowskazów.  | **TAK** |  |
| Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | **TAK** |  |
| Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się automatycznie po otwarciu drzwi. | **TAK** |  |
| Dodatkowe sygnały pneumatyczne. | **TAK** |  |
| Dwie lampy w technologii LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego. | **TAK** |  |
| Cztery reflektory zewnętrzne w technologii LED po bokach pojazdu w tylnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, po dwa każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy, jak i z przedziału medycznego, włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. | **TAK** |  |
| Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:a) 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonane z folii:- typu 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,- typu 1 lub3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm umieszczony wokół dachu,- typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),b) nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;c) po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” lub „P” (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d) na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta ambulansu,e) informacja z logo marki Mazowsze o zrealizowaniu inwestycji przy pomocy dotacji celowej z budżetu Województwa Mazowieckiego (do uzgodnienia z Zamawiającym).Przed wykonaniem oklejenia wymagane jest przedstawienie projektu do akceptacji Zamawiającego. | **TAK** |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**
 |
| Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:1. światło rozproszone w technologii LED, umieszczone po obu stronach w górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcją ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),
2. dodatkowa lampa w technologii LED umieszczona w przedniej części przedziału medycznego, załączana automatycznie po otwarciu drzwi, z wyłącznikiem czasowym dezaktywującym działanie lampy po 15 minutach w przypadku pozostawienia niedomkniętych drzwi przesuwnych do przedziału medycznego,
3. oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone w suficie nad noszami (min. 2 szt.),
4. oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone nad blatem roboczym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI**
 |
| Antena radiotelefonu zamontowana na dachu pojazdu, spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości 150-170 MHz,- impedancję wejścia 50Ohm,- współczynnik fali stojącej do 1,6,- polaryzację pionową,- charakterystykę promieniowania - dookólna,- odporność na działanie wiatru 55m/s. | **TAK** |  |
| Radiotelefon przewoźny analogowo-cyfrowy z wyświetlaczem alfanumerycznym posiadający:* aktualną homologację,
* zakres częstotliwości 150-170 MHz,
* liczbę kanałów min. 100, z kodami CTCSS z jednoczesną pracą simpleksową i duosimpleksową ze skanowaniem kanałów analogowych i cyfrowych,
* możliwość wysyłania statusów,
* rodzaj modulacji F3,
* odporność na intermodulację 65 dB,
* selektywność sąsiedniokanałowa 60 dB,
* odstęp międzykanałowy 12,5 kHz,
* zasilanie 12 do 14,5 V (z uziemionym minusem),
* zasilanie radiotelefonu z układu elektrycznego silnika samochodu.
 | **TAK****podać** |  |
| Radiotelefon przenośny analogowo - cyfrowy z ładowarką posiadający:- aktualną homologację,- zakres częstotliwości 150-170 MHz- liczbę programowanych kanałów min. 100,- odstęp międzykanałowy 12,5 kHz,- zasilanie: akumulator- trwałe zamocowanie ładowarki radiotelefonu w kabinie kierowcy zabezpieczające przed wilgocią pochodzącą z błota i śniegu- dostawca zobowiązany jest do dostarczenia aktualnego oprogramowania do instalowanych radiotelefonów pokładowego i przenośnego na nośniku. | **TAK****podać** |  |
| Instalacja systemu SWD-PRM. Montaż urządzeń i zasilania i sterowania  systemem SWD-PRM. Moduł nawigacyjny kompatybilny z systemem SWD PRM dostarczy wykonawca ambulansu. Moduł GPS ma być zamontowany w miejscu łatwo dostępnym dla serwisu. Wszystkie wymagane napięcia i sygnały dla urządzeń SWD będą wyprowadzone w uzgodnionych z Zamawiającym miejscach zgodnie z poniższym zestawieniem:- stałe napięcie zasilania 12-18 V przed wyłącznikiem zapłonu, zabezpieczenie 0,5 A- sygnał wejściowy działania sygnalizacji świetlnej (koguty) ( poziom 10-14 V)- sygnał wejściowy działania sygnalizacji dźwiękowej (poziom 10-14 V)- sygnał po włączeniu zapłonu (poziom10-14 V)- analogowy sygnał poziomu paliwa w zbiorniku (może być w zakresie nie większym niż 0-12 V).Anteny GPS/GPRS montowane na dachu pojazdu, jedna antena podłączona do modułu nawigacyjnego, a druga do portu dokującego tablet.Uchwyt do drukarki atramentowej HP Office Jet 100 Mobile Printer dostarcza Wykonawca. Uchwyt dokujący dostarczony przez Wykonawcę ambulansu należy zainstalować w przedziale medycznym na konstrukcji wykonanej przez Wykonawcę.Napięcia i sygnały dla drukarki:- stałe napięcie zasilania (poziom 12-14 V) z  zabezpieczeniem 8 A. Ww. zasilanie tylko przy włączonym silniku lub po podłączeniu ambulansu do zasilania zewnętrznego z sieci 230V,- kabel USB łączący tablet z drukarką z zapasem co najmniej 30 cm z każdej strony.Port dokujący do tabletu DURABOK R 11 dostarcza Wykonawca. Port dokujący do tabletu R 11 dostarczy i zainstaluje Wykonawca. Należy go zamontować między pasażerem, a kierowcą w miejscu umożliwiającym przejście pasażera do przedziału medycznego. Mocowanie portu dokującego na konstrukcji wykonanej przez wykonawcę. Stałe napięcie zasilania  (poziom 12-14 V) z zabezpieczeniem 10 A. Ww. zasilanie tylko przy włączonym silniku lub po podłączeniu ambulansu do zasilania zewnętrznego z sieci 230V. Antena GPS/GPRS – podłączona do portu dokującego tablet.  | **TAK** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| Przedział medyczny (pomieszczenie dla pacjenta) powinien pomieścić urządzenia wyszczególnione poniżej. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie działowej:a) szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w szuflady,b) mocowanie do pojemnika na zużyte igły, po ustaleniu z Zamawiającym,c) mocowanie do kosza na odpady, po ustaleniu z Zamawiającym,d) mocowanie (podstawa) do drukarki HP Officejet 100 Mobile Printer funkcjonującej w ramach systemu SWD PRM, zamontowanej w przedziale medycznym, na ścianie grodziowej pomiędzy przedziałem medycznym, a przedziałem kierowcy, zapewniające bezpośredni i łatwy dostęp do drukarki oraz możliwość pobierana drukowanych dokumentów bez konieczności demontowania urządzenia z podstawy,e) miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz, jak i z wewnątrz przedziału medycznego,f) jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy, jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców. | **TAK****podać** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie prawej:a) minimum dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, b) jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy z możliwością obserwacji twarzy pacjenta, jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3–punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko, za fotelem szafka z miejscem na urządzenie do automatycznego masażu klatki piersiowej.c) uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych. | **TAK****podać** |  |
| Szafka na wyposażenie medyczne i wyposażona w schowek z zamontowaną lodówką. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie lewej:a) minimum cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, dodatkowa szafka zamykana na klucz,b) na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego, c) szafa z pojemnikami do uporządkowanego transportu i segregacji leków. | **TAK****podać** |  |
| System szyn mocujących, umożliwiający bezpieczny montaż za pomocą płyt ściennych (różnej wielkości) urządzeń medycznych (tj. defibrylator, ssak, pompa infuzyjna) oraz zapewniający możliwość rozmieszczenia sprzętu według uznania Zamawiającego. | **TAK** |  |
| Szafka pomiędzy podłogą, a systemem szyn ściennych, wyposażona w roletę, umożliwiająca przewożenie różnego typu wyposażenia medycznego. Zabudowa medyczna zgodna z homologacją oraz badaniami przeciążeniowymi (z możliwością udostępnienia do wglądu Zamawiającemu przy dostawie przedmiotu zamówienia).  | **TAK** |  |
| Uchwyt do płynów infuzyjnych na minimum 3 szt. mocowane w suficie. | **TAK****podać** |  |
| Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | **TAK** |  |
| Uchwyt (schowek) mocujący minimum 1 pudełko na rękawiczki jednorazowe, mieszczący opakowanie po 200 sztuk. | **TAK** |  |
| Centralna instalacja tlenowa:1. z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA,
2. sufitowy punkt poboru tlenu,
3. instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.
 | **TAK****podać** |  |
| Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | **TAK** |  |
| Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | **TAK** |  |
| Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 30 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę pod kątem nie większym jak 10 stopni, długość leża pacjenta w zakresie 190 - 195 cm (podać markę i model). | **TAK****podać** |  |
| Przed przystąpieniem do realizacji zabudowy medycznej należy przedstawić Zamawiającemu do akceptacji wizualizację projektu. | **TAK** |  |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo-sieciowy, z możliwością ładowania w ambulansie, wyposażony w światło typu LED. | **TAK** |  |
| Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy. | **TAK** |  |
| Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy”. | **TAK** |  |
| Ambulans dostarczony na oponach letnich +komplet opon zimowych. | **TAK** |  |
| Kamera cofania – kolor. | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI**
 |
| Gwarancja na bezusterkową eksploatację ambulansów: min. 24 miesiące (bez limitu kilometrów) na każdy ambulans od daty podpisania protokołu odbioru ambulansu, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – minimum 24 miesiące, okres liczony od daty dostarczenia pojazdów Zamawiającemu. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na perforację – minimum 120 miesięcy. Okres liczony od daty dostarczenia pojazdów Zamawiającemu. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na zabudowę medyczną – minimum 24 miesiące. Okres liczony od daty dostarczenia pojazdów Zamawiającemu. | **TAK****podać** |  |
| Dokonywanie w okresie gwarancji bezpłatnych przeglądów i bezpłatnych napraw zgodnych z instrukcją obsługi producenta ambulansów i zabudowy. | **TAK** |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin W dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| W okresie gwarancji w przypadku awarii wyłączającej ambulans z systemu ratownictwa medycznego, Wykonawca jest zobowiązany do podstawienia sprawnego ambulansu typu C w ciągu 7 dni od momentu zgłoszenia awarii do jej usunięcia lub pokrycia kosztów wynajmu ambulansu zastępczego przez Zamawiającego. | **TAK** |  |
| W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **TAK** |  |
| Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela (podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych). | **TAK****podać** |  |

|  |
| --- |
| **Nosze główne** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją.
 | **TAK** |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.
 | **TAK** |  |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji.
 | **TAK** |  |
| Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 90 stopni. | **TAK****podać** |  |
| Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, klatki piersiowej i ułożenie na wznak. | **TAK** |  |
| Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy.  | **TAK** |  |
| Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. | **TAK** |  |
| Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | **TAK** |  |
|  Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | **TAK** |  |
|  Składany wieszak na pojemnik z płynami infuzyjnymi. | **TAK** |  |
| Waga noszy maksymalnie 23 kg, zgodna z wymogami normy PN EN 1865.  | **TAK** |  |
| Trwałe oznakowanie, najlepiej graficzne, elementów związanych z obsługą noszy. | **TAK** |  |
| Dodatkowy zestaw pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci. | **TAK** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne noszy minimum 230 kg. | **TAK****podać** |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy ≥ 250 kg. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną, protokół/raport z badań wytrzymałościowych zgodnie z PN 1789 pkt. 4, 5, 9 oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć teżCertyfikat Zgodności wystawiony przez notyfikowaną jednostkę badawczą, potwierdzający spełnianie Polskiej Normy PN EN 1789 (lub innej wersji językowej normy) i Polską Normą PN EN 1865-1 (lub innej wersji językowej normy) | **TAK** |  |
| Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu. | **TAK** |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. | **TAK** |  |
| Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **TAK** |  |
| Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. | **TAK** |  |
| Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe). | **TAK****podać** |  |
| **Transporter pod nosze** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę.
 | **TAK** |  |
| 1. Szybki i łatwy system połączenia z noszami.
 | **TAK** |  |
| Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. | **TAK****podać** |  |
| Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy.  | **TAK** |  |
| Odbojniki na goleniach. | **TAK** |  |
| Wyposażony w minimum 4 kółka obrotowe w zakresie o 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce.  | **TAK****podać** |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia. | **TAK****podać** |  |
| Wszystkie 4 kółka jezdne skrętne o 360˚, o średnicy min. 152 mm i szerokości min. 45 mm umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. Kółka mają umożliwiać jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi (na otwartych przestrzeniach). | **TAK****podać** |  |
| Kółka o średnicy ≥ 180 mm. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Blokada kółek do jazdy na wprost uruchamiana przez operatora w momencie, w którym jest to wymagane i potrzebne, uniemożliwiająca przypadkowe zablokowanie ich do jazdy na wprost. | **TAK** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne transportera minimum 227 kg. | **TAK****podać** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne transportera ≥ 275 kg. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Waga transportera maksymalna 28 kg, zgodna z wymogami normy PN EN 1865. | **TAK** |  |
| Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją.  | **TAK** |  |
| Trwałe oznakowanie, najlepiej graficzne, elementów związanych z obsługą noszy. | **TAK** |  |
| 1. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną, protokół/raport z badań wytrzymałościowych zgodnie z PN 1789 pkt. 4, 5, 9 oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć także Certyfikat Zgodności wystawiony przez notyfikowaną jednostkę badawczą, potwierdzający spełnianie Polskiej Normy PN EN 1789 (lub innej wersji językowej normy) i Polską Normą PN EN 1865-1 (lub innej wersji językowej normy)
 | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |
| **Defibrylator transportowy** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Aparat przenośny.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci.
 | **TAK** |  |
| Ładowarka akumulatorów wbudowana w defibrylator albo oddzielnie, zasilanie 12V DC/230V AC. | **TAK** |  |
| Czas pracy urządzenia na komplecie akumulatorów – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200 J. | **TAK****podać** |  |
| Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg. | **TAK****podać** |  |
| Autotest urządzenia wykonywany ręcznie albo automatycznie.  | **TAK****podać** |  |
| Norma IP minimum 44. | **TAK****podać** |  |
| Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna. | **TAK** |  |
| Defibrylacja w trybie ręcznym i AED. | **TAK** |  |
| Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J. | **TAK** |  |
|  Ładowanie impulsu elektrycznego 5 +/- 2 sekundy **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 23. | **TAK****podać** |  |
|  Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 40. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta. | **TAK** |  |
|  Łyżki zewnętrzne (twarde z funkcją defibrylacji/regulacji poziomu energii) wielorazowe. | **TAK** |  |
|  Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie. | **TAK** |  |
|  Częstość stymulacji min. 40-150 impulsów/minutę. | **TAK****podać** |  |
|  Prąd stymulacji minimum 10-140 mA. | **TAK****podać** |  |
| Stymulacja przezskórna w trybie overdrivie. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**  | **TAK/NIE podać** |  |
| Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG. | **TAK** |  |
| Interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG, uwzględniająca wiek i płeć pacjenta. | **TAK** |  |
| Alarmy częstości akcji serca. | **TAK** |  |
| Zakres pomiaru tętna od 30-300 u/minutę. | **TAK** |  |
| Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,25 do 2cm/Mv, minimum 4 poziomów wzmocnienia. | **TAK****podać** |  |
| Wyświetlanie na ekranie 12 odprowadzeń EKG wraz z transmisją danych EKG bez konieczności zastosowania dodatkowych zewnętrznych urządzeń. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 odprowadzenia na ekranie. | **TAK****podać** |  |
| Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | **TAK****podać** |  |
| Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 100 mm. | **TAK****podać** |  |
| Pamięć wewnętrzna albo karta danych do zapisu wszystkich rejestrowanych danych. | **TAK** |  |
| Monitorowanie SpO2 w zestawie czujnik wielorazowy uniwersalny klips palcowy oraz czujnik dla dzieci. | **TAK** |  |
| Monitorowanie NIBP zakres pomiaru: min. 40-210 mm Hg; tryb ręczny i automatyczny. W zestawie mankiet do wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: 1x dorośli, 1x dzieci. 1 x otyli. | **TAK****podać** |  |
| Certyfikowany uchwyt do mocowania defibrylatora w karetce z możliwością ładowania 12 V DC lub ładowanie oddzielne 12 V DC. Zasilanie 230V AC. | **TAK** |  |
| Torba transportowa z możliwością powieszenia na ramieniu. | **TAK** |  |
| Transmisja danych przez modem drogą elektroniczną do stacji odbiorczych wskazanych przez Zamawiającego. Kartę SIM do modemu teletransmisji zapewnia Zamawiający. | **TAK** |  |
| Dostęp i możliwość bezpłatnego (bez dodatkowych opłat) przez cały okres użytkowania defibrylatorów (dożywotnio) korzystania z aplikacji wysyłającej i odbierającej teletransmisję lub innych informatycznych systemów nadawczo-odbiorczych. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć aktualną deklarację zgodności z Polską Normą PN EN 1789 (lub innej wersji językowej) w zakresie punktów odpowiednich do prowadzonego postępowania, książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. | **TAK** |  |
| 37. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |
| **Krzesełko kardiologiczne samojezdne** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Konstrukcja wykonana z mocnego aluminium.
 | **TAK** |  |
| 1. Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego, miękkiego materiału typu winyl lub tworzywo ABS, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję.
 | **TAK** |  |
| Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach. | **TAK** |  |
| Regulowana wysokość uchwytu w 3 pozycjach.  | **TAK** |  |
| Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym złożeniem. | **TAK** |  |
| Pasy szelkowe plus pasy zabezpieczające stopy. | **TAK** |  |
| Średnica tylnych kółek minimum 12,5 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. | **TAK****podać** |  |
| Średnica tylnych kółek minimum 17 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Demontowalne siedzisko.  | **TAK** |  |
| Wyposażone w min. 4 kółka transportowe, z czego minimum 2 obrotowe. | **TAK****podać** |  |
| Kąt pochylenia płóz minimum 25°. | **TAK****podać** |  |
|  Wymiary po całkowitym złożeniu (wysokość, głębokość, szerokość) max: 113 cm x 22,0 cm x 52 cm. | **TAK****podać** |  |
|  Waga maksymalna - 14 kg. | **TAK** **podać** |  |
|  Waga maksymalna - 12 kg. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Dopuszczalne obciążenie - minimum 170 kg.  | **TAK****podać** |  |
| Deklaracja zgodności z Normą EN 1865-4 (lub innymi wersjami językowymi normy) – dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia. | **TAK** |  |
| 17. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |
| **Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Cykl pracy: 50% kompresja / 50% dekompresja.
 | **TAK** |  |
| 1. Działanie urządzenia w pełni elektryczne.
 | **TAK** |  |
| Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC / Głębokość – od 5 do 6 cm/ częstość od 100 do 120 uciśnięć/minutę. | **TAK** |  |
| Trzy tryby pracy: 30:2, 15:2, ciągły. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Źródło zasilania: akumulator wewnętrzny / zasilanie ze ściany karetki min. 12 V DC / zasilanie z gniazda sieci min. 230 V AC. Określenie „akumulator wewnętrzny” oznacza, że akumulator musi znajdować się wewnątrz urządzenia, a nie być do niego dołączany np. jako akcesorium.  | **TAK** |  |
| Czas ładowania akumulatora wewnętrznego ≤135 minut. | **TAK****podać** |  |
| Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC). | **TAK** |  |
|  Ładowanie urządzenia bez otwierania / wyjmowania go z plecaka/torby wraz z widocznym wskaźnikiem stanu naładowania baterii. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Ładowarka wewnątrz urządzenia. | **TAK** |  |
| Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 minut.  | **TAK****podać** |  |
| Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z jednego akumulatora wewnętrznego: min. 90 minut. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Ilość cykli ładowania akumulatora min. 150-200 cykli. | **TAK** |  |
| Ilość cykli ładowania akumulatora min. 250-300 cykli z możliwością podglądu bezpośrednio na urządzeniu. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta. | **TAK** |  |
| Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą/plecakiem max.12 kg. | **TAK****podać** |  |
| Możliwość zgrania danych za pomocą dedykowanej karty albo na drodze bezprzewodowej o parametrach prowadzonej resuscytacji z pamięci urządzenia na komputer. | **TAK** |  |
| Wyposażenie aparatu: torba albo plecak, deska pod plecy przezierna dla promieni X, elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 2 szt.), 1 akumulator, zasilacz 230 V AC, ładowarka 12 V DC, system pasów mocujących do noszy reanimacyjnych. | **TAK****podać** |  |
| Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną, protokół/raport z badań wytrzymałościowych zgodnie z PN EN 1789 (lub innej wersji językowej) w zakresie punktów odpowiednich dla prowadzonego postępowania oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. | **TAK** |  |
| 20. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |
| **Respirator transportowy** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Respirator transportowy do terapii oddechowej w trakcie transportu, przenośny.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie pneumatyczno-bateryjne ograniczające zużycie źródła tlenu. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| Respirator przeznaczony do wentylacji pacjentów od 10 kg masy ciała. | **TAK** |  |
| Mocowanie ścienne spełniające wymogi normy PN-EN 1789 w zakresie odpowiedniego umocowania w trakcie transportu w ambulansie (dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia). | **TAK** |  |
| Tryb wentylacji IPPV lub CMV. | **TAK** |  |
| Tryb wentylacji SIMV lub SMMV.  | **TAK** |  |
| Możliwość wykonania przez pacjenta oddechu spontanicznego w dowolnym momencie cyklu wentylacji. | **TAK** |  |
| System elektroniczny zapobiegający wzbudzeniu alarmu wysokiego ciśnienia w przypadku chwilowego wzrostu ciśnienia w drogach oddechowych np. przy kaszlu pacjenta. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Wyposażony w wbudowany manometr na obudowie i zastawkę ciśnieniową bezpieczeństwa regulowaną płynnie w zakresie minimum 20-60 mbar. | **TAK** |  |
|  Wentylacja 100% tlenem i mix tlenowy - minimum 60 %. | **TAK** **podać** |  |
|  Niezależna regulacja objętości minutowej i częstotliwości oddechowej. | **TAK** |  |
|  Regulacja objętości oddechowej w zakresie minimum 75 – 1700 ml pojedynczego oddechu. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie min. 8-40 oddechów/minutę. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Alarmy bezpieczeństwa optyczne i dźwiękowe: wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia, wentylacji/rozłączenia, niskiego ciśnienia tlenu na przyłączu tlenowym, w przypadku urządzenia o zasilaniu pneumatyczno-bateryjnym alarm rozładowania baterii. | **TAK** |  |
|  Bezpiecznik chroniący aparat przed wewnętrznymi spięciami (w przypadku respiratora zasilanego elektrycznie). | **TAK** |  |
|  Temperatura pracy w zakresie od minimum -10°C do + 50°C. | **TAK** **podać** |  |
|  Waga respiratora maksimum 2,5 kg. | **TAK** **podać** |  |
| Zasilanie w tlen o ciśnieniu minimum od 2,7 do 6,0 bar.  | **TAK** **podać** |  |
| Przewód pacjenta silikonowy z możliwością szybkiej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134 °C – 1 komplet lub zestaw jednorazowych przewodów pacjenta wraz z zaworami (co najmniej 10 sztuk). | **TAK** |  |
| Zawór pacjenta z możliwością szybkiej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134°C – 1 komplet lub zestaw jednorazowych zaworów pacjenta wraz z przewodami (co najmniej 10 sztuk). | **TAK** |  |
| Zastawka PEEP regulowana w zakresie minimum 5-20 cm H2O. | **TAK** **podać** |  |
| Zestaw zawierający respirator na mocowaniu ściennym, przewód ciśnieniowy umożliwiający podłączenie respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA min 2m, maskę nr 5, przewód pacjenta z zaworem pacjenta, płuco testowe, torbę tlenową z materiału typu CORDURA w kolorze granatowym, wyposażona w pas odblaskowy, posiadająca uchwyty do przenoszenia w dłoni, na ramieniu oraz dodatkowe, chowane uchwyty do zawieszania na noszach transportowych, oraz chowane pasy szelkowe umożliwiające transport na plecach, zawierająca reduktor tlenowy z dozownikiem min. 0-25 l/minutę, oraz miejscem na butle o wymiarach minimum (47 cm wysokość, 11,5 cm szerokość), możliwość natychmiastowego wyciągnięcia butli. Torba wyposażona w boczne kieszenie, umożliwiające umieszczenie dodatkowych akcesoriów. | **TAK****podać** |  |
| 21. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | **Zakup** 13 ambulansów typu C dla WSPRiTS Meditrans Warszawa | szt. | 13 |  |  |  |  |  |
|  |  |

Zastosowane będą parametry techniczne opisane powyżej. Maksimum do uzyskania: 115 punktów.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać)