**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 2. ZAKUP 3 AMBULANSÓW TYPU C**

**DLA RM-MEDITRANS SIEDLCE**

**Zadanie 2. Zakup 3 ambulansów typu C dla RM-MEDITRANS Siedlce**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C – 3 sztuki****Pojazd kompletny: Marka ……………………………….………. Typ ……………………………….………. Oznaczenie handlowe ………………….…………………….** **Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:.................................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. **NADWOZIE**
 |
| Kolor nadwozia – żółty samochodowy. | **TAK** |  |
| Typu „furgon ”do 3,5 t dopuszczalnej masy całkowitej, bez ściany działowej pomiędzy kabiną kierowcy a przestrzenią ładunkową przeznaczoną do adaptacji na przedział medyczny. | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze regulowane fotele: pasażera i kierowcy wraz z podłokietnikami.  | **TAK** |  |
| Wysokość przedziału medycznego min.1,94 m. | **TAK****podać** |  |
| Długość przedziału medycznego min. 3,26 m.  | **TAK****podać** |  |
| Szerokość przedziału medycznego min. 1,78 m. | **TAK****podać** |  |
| Drzwi  tyłu  nadwozia przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierające się pod kątem min. 260O, wyposażone dodatkowo w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł. | **TAK****podać** |  |
| Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym lub ze stopniem automatycznie wysuwanym/chowanym przy otwieraniu/zamykaniu drzwi. | **TAK** |  |
|  Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | **TAK** |  |
|  Fabryczny system elektrycznego wspomagania domykania drzwi przesuwnych prawych do przestrzeni ładunkowej (fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego). | **TAK** |  |
| Fabryczny system elektrycznego wspomagania domykania drzwi przesuwnych lewych do przestrzeni ładunkowej (fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego).  | **TAK** |  |
| W przedziale kierowcy powinna być zainstalowana w desce rozdzielczej wizualna sygnalizacja niedomkniętych drzwi. | **TAK** |  |
| Stopień tylny stanowiący jednocześnie zderzak ochronny o powierzchni antypoślizgowej. | **TAK** |  |
| Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. | **TAK** |  |
| Wymiary przedziału medycznego w mm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1850. | **TAK** |  |
| Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | **TAK** |  |
| Ściany boczne przedziału medycznego przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. | **TAK** |  |
| Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania 2 szt. butli tlenowych LIV o pojemności 1 – 10 l i 1 – 5l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, deski ortopedycznej dla dorosłych, materaca próżniowego oraz urządzenia do mechanicznej kompresji klatki piersiowej typu Lucas. Poprzez drzwi lewe zapewniony dostęp do jednego plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). | **TAK** |  |
| 1. **SILNIK**
 |
| Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa typu COMMON RAIL z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych. | **TAK** |  |
| Pojazd wyposażony w silnik o pojemności powyżej 2000 cm3. | **TAK****podać** |  |
| Moc silnika minimum 125 KW, moment obrotowy nie mniejszy niż 360 Nm. | **TAK****podać** |  |
| Silnik spełniający wymagania emisji spalin Euro 6. Emisja CO2 poniżej 300 g/km. Dopuszczalne zużycie energii: olej napędowy 36Mj/l x 16 l = 576 MJ/100 km = 5,76 MJ/km. | **TAK****podać** |  |
| Tempomat. | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| Skrzynia biegów w pełni automatyczna min. 6 stopniowa, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów. Uwaga: Zamawiający nie dopuszcza skrzyni biegów manualnej i zautomatyzowanej. | **TAK****podać** |  |
| Napęd na koła przednie lub tylne w 2 ambulansach. | **TAK****podać** |  |
| Napęd 4 x 4 w 1 ambulansie. | **TAK** |  |
| Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny. | **TAK** |  |
| System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania. | **TAK** |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów. | **TAK** |  |
| Fabryczny stabilizator osi przedniej i tylnej lub fabryczne zawieszenie pneumatyczne (hydropneumatyczne), fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego. | **TAK** |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY**
 |
| Hamulce tarczowe obu osi pojazdu we wszystkich kołach, przednie tarcze wentylowane, korektor siły hamowania w zależności od obciążenia, kontrolka krytycznej grubości okładzin.  | **TAK** |  |
| System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. | **TAK** |  |
| Elektroniczny system podziału siły hamowania. | **TAK** |  |
| Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę”. | **TAK** |  |
| Układ hamulcowy z systemem wspomagania nagłego hamowania. | **TAK** |  |
| 1. **OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA**
 |
| Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik służąca do ogrzewania przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem. | **TAK** |  |
| Postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy 2,0 kW zasilany z sieci 230 V. | **TAK** |  |
| Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy 5,5 kW tzw. powietrzne. | **TAK** |  |
| Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza ponad 20 razy na godzinę w czasie postoju. | **TAK** |  |
| Otwierany szyber dach z funkcją wyjścia ewakuacyjnego (manualny). | **TAK** |  |
| Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (po rozbudowie klimatyzacja dwuparownikowa). | **TAK** |  |
| Nawiew klimatyzowanego powietrza przez urządzenie uzdatniające wydmuchiwane powietrze. Uzdatnienie powietrza polega na zmniejszeniu poziomu bakterii, wirusów, zarodników pleśni poprzez system promieniowej jonizacji katalitycznej.Parametry urządzenia:- pobór mocy do10W- przepustowość min. 6 m3/h- opory nie większe niż 5 Pa | **TAK****podać** |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| Ze wspomaganiem. | **TAK** |  |
| Regulowana kolumna kierownicy w minimum dwóch płaszczyznach. | **TAK****podać** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| Zespół min. 2 akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | **TAK****podać** |  |
| Fabrycznie wzmocniony alternator o wydajności min. 180A. | **TAK****podać** |  |
| Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:1. trzy gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V),
2. zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V,
3. automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działająca przy podłączonej instalacji 230V – zapobiegająca przeładowaniu akumulatorów,
4. grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu,
5. wyłącznik przeciwporażeniowy.
 | **TAK** |  |
| Instalacja dla napięcia 12V i oświetlenie przedziału medycznego:1. posiada 4 gniazda 12V zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem wyposażone we wtyki poboru prądu umiejscowione na lewej ścianie,
2. posiada 6 punktów oświetlenia rozproszonego,
3. posiada 2 punkty oświetlenia halogenowego z regulacją kąta umieszczone nad noszami,
4. posiada 2 punkty oświetlenia halogenowego z regulacją kąta umieszczone nad noszami.
 | **TAK** |  |
| Przedział medyczny wyposażony w zamontowany na prawej ścianie (przy fotelu obrotowym) panel sterujący:1. informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu,
2. z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data),
3. informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu,
4. sterujący oświetleniem przedziału medycznego,
5. sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,
6. zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury.
 | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:1. informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych,
2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V,
3. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy,
4. informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego,
5. ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego,
6. sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych).
 | **TAK** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| W przedniej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz napis z układów LED „AMBULANS”. (podać markę i model ). Sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami i napisem „AMBULANS”) wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem) tworząc jedną bryłę. Zmiana modulacji sygnałów poprzez przycisk w kierownicy. | **TAK** **podać** |  |
| Na wysokości podszybia 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED. | **TAK** |  |
| Dodatkowe lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED na lusterkach zewnętrznych. | **TAK** |  |
| Dodatkowe lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED na przednich w błotnikach. | **TAK** |  |
| W tylnej części pojazdu zintegrowane z nadwoziem, połączone w jeden moduł niebieskie światła sygnalizacyjne typu LED (podać markę i model). Sygnalizacja świetlna wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem) tworząc jedną bryłę. | **TAK** **podać** |  |
| Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami – głośnik zamontowany w pasie przednim. | **TAK** **podać** |  |
| Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | **TAK** |  |
| Oznakowanie pojazdu:- 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii:a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachuc) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) - z przodu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej „P lub S” do uzgodnienia po podpisaniu umowy. | **TAk** |  |
| Dodatkowe migacze, typu LED zamontowane w tylnej górnej części nadwozia pojazdu. | **TAK** |  |
| Dodatkowa sygnalizacja dźwiękowa pneumatyczna. | **TAK** |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI**
 |
| Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz,- współczynnik fali stojącej -1,6,- polaryzacja pionowa,- charakterystyka promieniowania – dookólna,- odporność na działanie wiatru min. 55 m/s. Antena typu 3089/1. | **TAK** |  |
| Instalacja niezbędna do zainstalowania przewoźnego, cyfrowego radiotelefonu. | **TAK** |  |
| Zasilacz do radiotelefonu przenośnego typu Motorola DP 3600. | **TAK** |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa w ambulansie z napędem 4X4 o pojemności min. 90 L. Zbiornik paliwa w 2 ambulansach z napędem na przednią lub tylną oś o poj. min. 70 l. | **TAK****podać** |  |
| Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (czołowe i boczne). | **TAK** |  |
| Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | **TAK** |  |
| Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy. | **TAK** |  |
| Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne, elektrycznie podgrzewane i regulowane. | **TAK** |  |
| Lusterko wewnętrzne. | **TAK** |  |
| Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie z funkcją doświetlania zakrętów. | **TAK** |  |
| Dodatkowe światło hamowania (trzecie). | **TAK** |  |
| Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. | **TAK** |  |
| Niezależnie od pracy silnika system ogrzewania o mocy min. 5,0 kW – umożliwiające dodatkowo ogrzewanie kabiny kierowcy i ogrzanie silnika do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem pojazdu. | **TAK****podać** |  |
| Układ wydechowy fabrycznie przystosowany do pełnienia funkcji samochodu specjalnego sanitarnego. | **TAK** |  |
| Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów. | **TAK** |  |
| System serwisowy pojazdu bazowego z funkcją wyświetlania (w każdym momencie eksploatacji) ilości kilometrów do następnego przeglądu serwisowego. System aktywny tj. uwzględniający przy obliczaniu ilości kilometrów, warunki i sposób eksploatacji pojazdu np. poprzez badanie lepkości oleju silnikowego. | **TAK** |  |
| Koło zapasowe lub zestaw naprawczy koła. | **TAK** |  |
| Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | **TAK** |  |
| Kamera cofania + kamera do jazdy na wprost + rejestrator („czarna skrzynka”) rejestrujący obraz w czasie cofania i jazdy na wprost. | **TAK** |  |
| Instalacja do systemu SWD (tj. stacji dokującej tabletu drukarki i modułu GPS). Uchwyty do montażu stacji dokującej i drukarki. Gniazdo 12 V do zasilania drukarki.  | **TAK** |  |
| Stacja dokująca do tabletu wraz z zasilaczem samochodowym. Antena dwuzakresowa GPS/GSM do stacji dokującej umieszczona na dachu. Przewód USB od stacji dokującej do drukarki w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| Tablet 11,6”min. OS MS Windows 7 Pro PL spełniający wymagania do pracy w SWD wraz zasilaczem stacjonarnym. | **TAK** |  |
| Drukarka mobilna wraz z zasilaczem samochodowym. | **TAK** |  |
| Moduł GPS Teltonika wraz z dwuzakresową anteną GPS/GSM umieszczoną na dachu pojazdu. | **TAK** |  |
| Radioodbiornik samochodowy. | **TAK** |  |
| Miernik zużywanego paliwa oraz innych wielkości związanych z eksploatacją pojazdu spełniający min. poniższe warunki:a) Ilość obsługiwanych kierowców – min. 6b) Pomiar chwilowego spalania w l/h podczas postoju i w l/100km podczas jazdyc) Spalanie średnied) Dystans przejechany przez pojazde) Całkowity czas pracy silnikaf) Ilość zużytego paliwag) Średnia prędkość | **TAK****podać** |  |
| Reflektory zewnętrzne, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory typu LED automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości ok. 15 km/h. | **TAK** |  |
| Reflektor przenośny z ładowarką zamontowaną w ambulansie. | **TAK** |  |
| 1. **WYMAGANIA OGÓLNE**
 |
| Gwarancja minimum 24 miesiące bez limitu kilometrów. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na perforację nadwozia min. 120 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru. | **TAK****podać** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY**
 |
| Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **TAK** |  |
| Ściany boczne i sufit pokryte tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | **TAK** |  |
| Na prawej ścianie fotel obrotowy, posiadający trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanymi do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Fotel z możliwością przesuwu (min. 40 cm). | **TAK****podać** |  |
| Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy w zakresie 360 stopni, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem, bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Fotel z możliwością przesuwu w kierunku od noszy do ściany działowej w zakresie zapewniającym prawidłowe korzystanie z fotela tj. zarówno zajęcie prawidłowej pozycji przy noszach, odsunięcie fotela od noszy w celu obejścia noszy jak i ustawienie fotela w pozycji umożliwiającej przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy. | **TAK** |  |
| Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda wyposażona w drzwi przesuwane (wysokość przejścia 1800 mm, przejścia 400 mm) spełniające normę PN EN 1789 + A2:2015. | **TAK** |  |
| Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa,- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej 4 szt., na ścianie prawej 2 szt.).- na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym. | **TAK** |  |
| Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną (wysokość blatu roboczego 100 cm ± 10 cm) oraz szufladami (2 szt. szuflad)- kosz na śmieci. | **TAK** |  |
| Sufitowy uchwyt do kroplówek na 4 szt. pojemników. | **TAK** |  |
| Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **TAK** |  |
| Na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Panele mają możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji. | **TAK** |  |
| Centralna instalacja tlenowa:- z 1 przepływomierzem o konstrukcji umożliwiającej montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy - na ścianie lewej dwa gniazda poboru tlenu typu AGA,- reduktor tlenowy - nawilżacz- sufitowy punkt poboru tlenu z wężykiem i maseczką pacjenta, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok fotela na ścianie prawej przedziału medycznego | **TAK** |  |
| Butla O2 o wielkości 2 kg zamontowana wewnątrz przedziału medycznego. | **TAK** |  |
| Pojemniki na cewniki zamontowane w przedziale medycznym w pobliżu ssaka. | **TAK** |  |
| Podstawa (laweta) mechaniczna pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety NIE MOŻE ODBYWAĆ się za pomocą linki). | **TAK** |  |
| Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. | **TAK** |  |
| Lodówka sprężarkowa wbudowana w zabudowę meblową przeznaczona do transportu leków wymagających STAŁEJ niskiej temperatury z termostatem i wyświetlaczem temperatury. | **TAK** |  |
| Zamontowana na prawej ścianie w przedziale medycznym przed fotelem, siatka bezpieczeństwa chroniąca osoby przebywające w przedziale medycznym, przed wywróceniem spowodowanym np. nagłym hamowaniem pojazdu; przebadana na obciążenie 10 G. | **TAK** |  |
| **XIV. PARAMETRY PUNKTOWANE** |
| System identyfikujący pojazdy w tzw. martwym punkcie z lewej lub prawej strony pojazdu – ostrzeżenie kierowcy sygnałem dźwiękowym i wizualnym. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 8 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| System ostrzegający o możliwości kolizji (wizualnie i dźwiękowo ostrzega o zbyt małym odstępie od innego pojazdu lub przeszkody i za pomocą systemu wspomagania nagłego hamowania wspomaga kierowcę w gwałtownym hamowaniu). **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 8 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Przesuw fotela przy prawej ścianie przedziału medycznego dostępny w każdym momencie eksploatacji (również w trakcie jazdy ambulansu, przy zapiętym bezwładnościowym pasie bezpieczeństwa przez osobę siedzącą na przesuwanym fotelu). System przesuwu niewymagający od Użytkownika używania narzędzi do przesuwu fotela tzn. możliwość przesuwania fotela analogiczna (podobna funkcjonalnie) jak w fotelu kierowcy. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 4 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Przesuw fotela u wezgłowia noszy dostępny w każdym momencie eksploatacji (również w trakcie jazdy ambulansu, przy zapiętym bezwładnościowym pasie bezpieczeństwa przez osobę siedzącą na przesuwanym fotelu). System przesuwu niewymagający od Użytkownika używania narzędzi do przesuwu fotela tzn. możliwość przesuwania fotela analogiczna (podobna funkcjonalnie) jak w fotelu kierowcy. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 4 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Dodatkowy system zabezpieczający przed złożeniem podwozia w trakcie załadunku transportera do ambulansu, w przypadku gdy kółka najazdowe transportera jeszcze nie opierają się na podstawie a już zwolniony jest mechanizm składający podwozie. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 4 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Dodatkowy system zabezpieczający przed wyjazdem transportera z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i zablokowania do jazdy podwozia transportera. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 3 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| System automatycznego składania/rozkładnia podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków czy zwalniania dźwigni blokad podwozia itp. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 6 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w sytuacji przypadkowego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 3 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |

|  |
| --- |
| **Nosze główne – 3 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem.
 | **TAK** |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.
 | **TAK** |  |
| 1. Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min 900.
 | **TAK** |  |
| Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. Z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży do transportu małych dzieci na noszach w pozycji leżącej lub siedzącej. Podać markę i model załączyć  | **TAK****podać** |  |
| Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak. | **TAK** |  |
| Nosze muszą posiadać trwale oznakowane (najlepiej graficznie) elementy związane z ich obsługą.  | **TAK** |  |
| Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy. | **TAK** |  |
| Nosze muszą być z niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału). | **TAK****podać** |  |
| Z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | **TAK** |  |
|  Ze składanymi poręczami bocznymi, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy, z dodatkowym zestawem chowanych rączek bocznych do przenoszenia pacjentów o znacznej wadze tj. pacjentów bariatrycznych. | **TAK** |  |
|  Wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy. | **TAK** |  |
| Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 (podać wagę noszy w kg).  | **TAK****podać** |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg). | **TAK****podać** |  |
| 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 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 noszy głównych – 3 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. System szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami.
 | **TAK** |  |
| 1. System składanego podwozia umożliwiającego łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu. Zamawiający wymaga, aby zwolnienie mechanizmu składania podwozia nie odbywało się za pomocą linki.
 | **TAK** |  |
| Regulacja wysokości w min. sześciu poziomach. | **TAK****podać** |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia).  | **TAK** |  |
| Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenia noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach). Podać średnicę kółek w mm. | **TAK****podać** |  |
| Minimum dwa kółka wyposażone w hamulce.  | **TAK****podać** |  |
| System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 +A2:2015. | **TAK** |  |
| Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg). | **TAK****podać** |  |
| Waga zestawu transportowego tj. noszy i transportera max. 51 kg (podać wagę transportera w kg). | **TAK****podać** |  |
|  Transporter musi posiadać trwale oznakowane (najlepiej graficznie) elementy związane z jego obsługą. | **TAK** |  |
|  Transporter z odpowiedniego niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału) | **TAK****podać** |  |
|  System rozpraszający elektryczne ładunki statyczne zapewniający uziemienie zestawu transportowego .  | **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** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. |  | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |

Zastosowane będą parametry techniczne opisane powyżej. Maksimum do uzyskania: 40 punktów.

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