**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 3. ZAKUP 4 AMBULANSÓW TYPU C**

**DLA MEDITRANS OSTROŁĘKA**

**Zadanie 3. Zakup 4 ambulansów typu C dla MEDITRANS Ostrołęka**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C – 4 sztuk****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**
 |
| 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 3,5t. | **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 z podłokietnikiem z regulacją w 3 płaszczyznach.  | **TAK** |  |
| Fotel pasażera z podłokietnikiem. | **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 min. 1,80 m. | **TAK****podać** |  |
| Długość przedziału medycznego min. 3,25 m.  | **TAK****podać** |  |
| Szerokość przedziału medycznego min. 1,70 m. | **TAK****podać** |  |
| Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi. | **TAK****podać** |  |
| 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 min. 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 dla 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 sprzętu medycznego dostarczonego przez zamawiającego. | **TAK** |  |
| Przednie światła pojazdu bazowego (dzienne, mijania, drogowe) halogenowe, xenonowe lub LED. | **TAK** |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni). | **TAK** |  |
| Przednie reflektory przeciwmgielne. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. | **TAK****podać** |  |
| Wskaźnik systemu kontroli ciśnienia w oponach. | **TAK** |  |
| 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 o przekątnej min. 5 cali posiadający poniższe funkcje:- 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 odczyt parametrów serwisowych po podłączeniu do komputera. | **TAK** **podać** |  |
| 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 min. 2200 cm³. | **TAK****podać** |  |
| Silnik o pojemności 2201 – 2500 cm³ **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 2 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Silnik o pojemności 2501 – 2900 cm³ **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Silnik o pojemności 2901 cm³ i więcej **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Silnik o mocy min. 130 kW. | **TAK****podać** |  |
| Silnik o mocy 131-134 kW. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Silnik o mocy 135 – 139 kW. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Silnik o mocy 140 kW i więcej. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Moment obrotowy min. 380 Nm. | **TAK****podać** |  |
| Moment obrotowy 381-390 Nm. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 2 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Moment obrotowy 391-399 Nm. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Moment obrotowy 400 Nm i więcej. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 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 tylne. | **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. | **TAK** |  |
| Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył). | **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 i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią.  | **TAK** |  |
| 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** |  |
| 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 przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę. 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. | **TAK****podać** |  |
| 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 - min. 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) min. 4 gniazda 230V w przedziale medycznym, c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym,d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe,e) przewód zasilający minimum 5 m. | **TAK****podać** |  |
| Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. | **TAK** |  |
| Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- min. 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,- 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 odczyt parametrów serwisowych po podłączeniu do komputera oraz przez kartę Micro SD- opcja zdalnego przesyłania danych serwisowych do siedziby serwisu producenta w celu wykrycia usterki elektrycznej zabudowy ambulansu.Podać markę, w dniu dostawy dostarczyć instrukcję obsługi. | **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 szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, - typu 1 lub3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej o szer. min. 15 cm 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” (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d) na drzwiach bocznych ambulansów nazwa dysponenta ambulansu. | **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 funkcja 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. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| Przedział medyczny (pomieszczenie dla pacjenta) powinien pomieścić urządzenia wyszczególnione poniżej. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie działowej:- szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w szuflady,- mocowanie do pojemnika na zużyte igły, po ustaleniu z Zamawiającym,- mocowanie do kosza na odpady, po ustaleniu z Zamawiającym,- 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. Dokument potwierdzający spełnienie wymogów, o których mowa w Polskiej Normie PN-EN 1789+A2:2015 należy dostarczyć wraz z ambulansem,- miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,- jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jaki bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie:- min. 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) min. 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). | **TAK** |  |
| Szafka pomiędzy podłogą, a systemem szyn ściennych, wyposażona w roletę umożliwiającą przewożenie różnego typu wyposażenia medycznego. Zabudowa medyczna zgodna z homologacją oraz badaniami przeciążeniowymi dokumentacja do wglądu Zamawiającego. | **TAK** |  |
| Uchwyt do kroplówki na min. 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** |  |
| Centralna instalacja tlenowa:a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA, b) sufitowy punkt poboru tlenu, c) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm. | **TAK****podać** |  |
| Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, 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. | **TAK****podać** |  |
| 1. **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA**
 |
| Kabina kierowcy wyposażona w instalację do radiotelefonu. | **TAK** |  |
| Interkom umożliwiający łączność pomiędzy przedziałem medycznym i kabiną kierowcy. | **TAK** |  |
| Instalacja do montażu systemu SWD PRM wraz ze stacją dokującą do mocowania tabletu oraz drukarki (szczegóły do ustalenia z Zamawiającym).Wyżej wymieniona instalacja powinna posiadać:a) zainstalowaną na stałe w przedziale kierowcy stację dokującą kompatybilną z użytkowanym przez Zamawiającego tabletem systemu SWD PRM (informacje dotycząca tabletu udzielane przez Zamawiającego),b)trwale zamontowany uchwyt/miejsce do instalacji drukarki mobilnej systemu SWD PRM (informacje dotycząca drukarki mobilnej udzielane przez Zamawiającego), miejsce musi być wyposażone: - w gniazdo zasilania (złącze zapalniczki samochodowej),- kabel sygnałowy USB umożliwiający podłączenie drukarki mobilnej do stacji dokującej.- zasilacz drukarki mobilnej systemu SWD PRM (informacje dotyczące drukarki mobilnej udzielane przez Zamawiającego),- dwuzakresową antenę GPS/GSM zamontowana na dachu pojazdu podłączoną do stacji dokującej:- długość anteny od 15 do 35 cm,- przewód pozwalający na podłączenie do stacji dokującej,- wtyki SMA męskie kątowe,- średni zysk od +5 dB do +9 dB. | **TAK** |  |
| Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF do radiotelefonu o n/w parametrach:1. zakres częstotliwości 168-170 Mhz,
2. impedancja wejścia 50 Ohm,
3. współczynnik fali stojącej 1,6,
4. charakterystyka promieniowania dookólna.
 | **TAK** |  |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| Ogrzewana przednia szyba, czujnik deszczu. | **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 – 2 szt. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne przesuwne z systemem wspomagania domykania. | **TAK** |  |
| Lusterka zewnętrzne składane elektrycznie. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy”. | **TAK** |  |
| Ambulans dostarczony na oponach letnich. | **TAK** |  |
| Kamera cofania – kolor. | **TAK** |  |
| Gaśnica – 2 szt. | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERIWSU I GWARANCJI**
 |
| Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu – proszę wskazać miejsce. | **TAK****podać** |  |
| Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | **TAK** |  |
| Reakcja serwisu na awarię ambulansu w okresie gwarancji, na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu 7 dni od jej zgłoszenia. | **TAK** |  |
| W okresie gwarancji w przypadku awarii wyłączającej ambulans z systemu ratownictwa medycznego, Wykonawca jest zobowiązany do podstawienia sprawnego ambulansu typu C w ciągu 3 dni od momentu zgłoszenia awarii do jej usunięcia lub pokrycia kosztów wynajmu ambulansu zastępczego przez zamawiającego. | **TAK** |  |
| Gwarancja mechaniczna na ambulanse – min. 24 miesiące (bez limitu km). | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. | **TAK****podać** |  |

|  |
| --- |
| **Nosze główne – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji.
 | **TAK** |  |
| 1. Z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp., przystosowanym do mycia i dezynfekcji.
 | **TAK** |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej za pomocą siłowników gazowych.
 | **TAK** |  |
| Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 80 stopni. | **TAK****podać** |  |
| Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta, o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy oraz systemem pasów/uprzęży służących do transportu małych dzieci w pozycji leżącej lub siedzącej. | **TAK** |  |
| Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający przedłużenie powierzchni leża w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście.  | **TAK** |  |
| Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane barierki boczne. | **TAK** |  |
| Fabryczna półka uniwersalna mocowana na stałe bezpośrednio do ramy noszy po stronie głowy pacjenta, umożliwiająca przechowywanie oraz transport np. dokumentacji, rzeczy osobistych pacjenta itp. nośność min. 15 kg. | **TAK****podać** |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg). | **TAK** |  |
|  Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy 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 (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 noszy głównych – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu.
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami.
 | **TAK** |  |
| Regulacja wysokości na min. sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane sprężynami gazowymi. | **TAK****podać** |  |
| System niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do ambulansu i rozładunku z ambulansu pozwalający na wprowadzenie zestawu transportowego do ambulansu przez jedną osobę.  | **TAK** |  |
| Możliwość regulacji długości goleni przednich (bez udziału serwisu), na minimum trzech poziomach w celu dostosowania wysokości najazdowej noszy, do wysokości podstawy noszy zamontowanej w ambulansie. | **TAK** |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia).  | **TAK****podać** |  |
| Wszystkie 4 kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, minimum dwa skrętne w zakresie 360 o, hamulce na dwóch kółkach (hamulec ma uniemożliwić obrót kółek oraz funkcję skrętu). | **TAK****podać** |  |
| Transporter ma umożliwiać prowadzenie noszy w bok do kierunku jazdy. | **TAK** |  |
| Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych. | **TAK** |  |
|  Transporter ma posiadać możliwość złożenia do minimalnego poziomu wysokości poprzez zwolnienie dedykowanych blokad, bez konieczności wykonywania dodatkowych absorbujących czynności np. ustawianie kół do jazdy „na wprost”, uruchamianie blokady kół. | **TAK** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 200 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg). | **TAK****podać** |  |
|  Waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg). | **TAK** **podać** |  |
|  Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi. | **TAK** |  |
| Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789.  | **TAK** |  |
| System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789 +A1. | **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 (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** |  |
| **Deska ortopedyczna dla dorosłych – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Deska wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego. Minimum 12 dużych uchwytów. Długość – min. 180 cm. Szerokość – min. 41 cm. Waga deski – max 9 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Pasy zabezpieczające do deski:

- konstrukcja pasa dwuczęściowa, wykonane z materiału wodoodpornego, zabezpieczonego przed wnikaniem krwi, olejów i innych substancji ropopochodnych,- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski za pomocą karabińczyków – min. 4 sztuki. | **TAK****podać** |  |
| Stabilizator głowy:- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski. | **TAK** |  |
| 4. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Deska ortopedyczna dla dzieci – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, przepuszczalna dla promieni X.
 | **TAK** |  |
| Kompatybilna ze stabilizatorem głowy klockowym. | **TAK** |  |
| Stabilizator głowy: - system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych, - podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski. | **TAK** |  |
| Pasy zabezpieczające do deski:- konstrukcja pasa dwuczęściowa, wykonane z materiału wodoodpornego, zabezpieczonego przed wnikaniem krwi, olejów i innych substancji ropopochodnych- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski za pomocą karabińczyków – min. 3 szt. | **TAK****podać** |  |
| Długość min. 1380 mm. | **TAK****podać** |  |
| Szerokość min. 35 mm. | **TAK****podać** |  |
| Waga deski max. 4 kg. | **TAK****podać** |  |
| Dopuszczalne obciążenie min. 80 kg.  | **TAK****podać** |  |
| 10. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Zestaw unieruchamiający do złamań – 4 zestawy** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Zestaw składający się z minimum 13 szyn Kramera w powleczeniu wykonanym z tkaniny powlekanej od wewnątrz gąbką dla zwiększenia komfortu unieruchomionej kończyny. Powleczenie musi być nieprzepuszczalne dla płynów, wydzielin i wydalin z możliwością dezynfekcji wielorazowego użytku.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Torba transportowa w zestawie.
 | **TAK** |  |
| 3. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Przenośny ssak elektryczny – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do 80 kPa.
 | **TAK** |  |
| 1. Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie.
 | **TAK** |  |
| Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości min. 1 litr. | **TAK****podać** |  |
| Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy. | **TAK** |  |
| Maksymalny przepływ powyżej 20 l/minutę. | **TAK** |  |
|  Zasilanie akumulatorowe zapewniające minimum 40 minut pracy. | **TAK** **podać** |  |
|  Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu ssaka. | **TAK** |  |
| 8. 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** |  |
| **PULSOKSYMETR TYPU KLIPS PALCOWY – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Przeznaczony do kontrolnych pomiarów SpO2 u dorosłych i dzieci powyżej 3 lat.
 | **TAK** |  |
| 1. Cyfrowy wyświetlacz wartości pulsu, SpO2 oraz jakości sygnału.
 | **TAK** |  |
| Min. 6 różnych możliwości pomiaru. | **TAK****podać** |  |
| Zakres pomiaru SpO2: min. 70-99 %. | **TAK** **podać** |  |
| Zakres pomiaru pulsu: min.30-235 bmp. | **TAK****podać** |  |
| Zasilanie bateryjne 2xAA.  | **TAK** |  |
| W komplecie bateria, zawieszka oraz etui ochronne. | **TAK** |  |
| 8. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Torbo-plecak reanimacyjny – 8 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wykonany z materiału umożliwiającego mycie i dezynfekcję.
 | **TAK** |  |
| 1. Wymiary 50 cm x 40 cm x 30 cm +/- 10 %.
 | **TAK****podać** |  |
| Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy. | **TAK** |  |
| Wyposażony w minimum jedną zewnętrzną kieszeń. | **TAK** |  |
| Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. | **TAK** |  |
| Wyposażony w ampularium na min. 60 ampułek.  | **TAK****podać** |  |
| 7. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 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** |  |
| **Krzesełko kardiologiczne – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Siedzisko i oparcie krzesełka wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażone w 2 lub 4 duże kółka, min. 2 obrotowe wyposażone w hamulce.
 | **TAK****podać** |  |
| Minimum 2 pasy bezpieczeństwa o regulowanej długości z szybkozłączami. | **TAK****podać** |  |
| Min.2 pary rączek tylnych posiadających funkcję opuszczania do dołu. | **TAK****podać** |  |
| Para podłokietników. Wydłużane teleskopowo rączki przednie. Podpórka pod nogi pacjenta. | **TAK** |  |
| Szerokość min. 50 cm. Nośność min. 170 kg  | **TAK****podać** |  |
| Waga krzesełka max. 10 kg dla dwóch kółek jezdnych i max. 14 kg dla konstrukcji z czterema kołami jezdnymi. | **TAK** |  |
| Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu. | **TAK** |  |
| 9. 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** |  |
| **Defibrylator – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Aparat przenośny, nie dopuszcza się rozwiązań modułowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci.
 | **TAK** |  |
| Akumulator (- y) w aparacie + zapas min. 1 szt. | **TAK****podać** |  |
| Ładowanie akumulatorów z sieci 230V lub 12V – ładowarka. | **TAK** |  |
| Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J. | **TAK** |  |
| Norma IP min. 44.  | **TAK****podać** |  |
| Ciężar defibrylatora z bateriami poniżej 10 kg. | **TAK** |  |
| Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia w trybie pracy zasilania akumulatorowego. | **TAK** |  |
| Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna. | **TAK** |  |
|  Defibrylacja w trybie ręcznym i AED, w trybie AED zakres energii dwufazowej defibrylacji min. od 150 J do 200 J. | **TAK** **podać** |  |
|  W trybie AED algorytm wykrywający ruch pacjenta chroniący użytkownika przed błędną interpretacją zapisu EKG. | **TAK** |  |
|  Dwufazowa fala defibrylacji. | **TAK** |  |
|  Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | **TAK** **podać** |  |
|  Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,25 – 4 cm/Mv, minimum 6 poziomów wzmocnienia. | **TAK****podać** |  |
|  Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji pacjenta. | **TAK** |  |
|  Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane (dwa zestawy elektrod w komplecie), w wyposażeniu łyżki dziecięce. | **TAK** |  |
|  Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, posiadające przycisk umożliwiający drukowanie. | **TAK** |  |
|  Stymulacja przez skórna w trybie sztywnym i na żądanie. | **TAK** |  |
|  Częstość stymulacji do 170 impulsów/minutę, dopuszcza się do 180 impulsów/minutę. | **TAK****podać** |  |
|  Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG. | **TAK** |  |
|  Alarmy częstości akcji serca. | **TAK** |  |
|  Odczyt 12 odprowadzeń EKG, prezentacja zapisu EKG na ekranie. | **TAK** |  |
|  Ekran kolorowy o przekątnej min. 6”. | **TAK****podać** |  |
|  Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych. | **TAK** |  |
|  Aparat przystosowany do teletransmisji do systemów istniejących na terenie Polski zapisu 12-odprowadzeniowego EKG przez telefon kom. lub przez modem – w komplecie akcesoria i oprogramowanie do teletransmisji (bez telefonu i karty sieciowej). | **TAK** |  |
|  Moduł pomiaru SpO2 z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dla dzieci. | **TAK** |  |
|  Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | **TAK** |  |
|  Torba transportowa, pasek do noszenia defibrylatora, komplet kabli do EKG w zestawie. | **TAK** |  |
|  Kardiowersja. | **TAK** |  |
|  Czas ładowania defibrylatora do energii maksymalnej poniżej 10 sekund. | **TAK****podać** |  |
|  Certyfikowany uchwyt karetkowy. | **TAK** |  |
| 32. 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 – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Respirator transportowy przystosowany do pracy w środowisku MRI.
 | **TAK** |  |
| 1. Respirator transportowy, przenośny, odporny na drgania i wstrząsy, zasilanie, sterowanie pracą oraz alarmami wyłącznie pneumatyczne – z przenośnego lub stacjonarnego źródła sprężonego tlenu.
 | **TAK** |  |
| Konstrukcja respiratora umożliwiająca użycie respiratora podczas badania rezonansem magnetycznym (respirator umieszczony w komorze wraz z pacjentem), maksymalne statyczne pole magnetyczne – 3 tesla. | **TAK** |  |
| Respirator umożliwiający wentylację pacjentów od ok. 5 kg masy ciała. | **TAK** |  |
| Maksymalna waga samego urządzenie – do 3 kg. | **TAK****podać** |  |
| Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa.  | **TAK** |  |
| Tryb wentylacji IPPV/CMV. | **TAK** |  |
| Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej. | **TAK** |  |
| Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – max. 3 cm H2O. | **TAK** |  |
|  Wentylacja bierna 100% tlenem – oddech spontaniczny na żądanie z przepływem zależnym od podciśnienia (integralna funkcja respiratora) | **TAK** |  |
|  Wentylacja manualna z możliwością prowadzenia RKO. | **TAK** |  |
|  Respirator z niezależną regulacją częstości i objętości oddechowej. | **TAK** |  |
|  Regulacja częstości oddechów z zakresie nie mniejszym niż 8 – 40 oddechów/minutę. | **TAK** |  |
|  Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50 - 1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/minutę). | **TAK** |  |
|  Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O. | **TAK** |  |
|  Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV: 100% i 60%. | **TAK** |  |
|  Manometr ciśnienia w układzie pacjenta. | **TAK** |  |
|  CPAP płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H20 jako integralna część respiratora. | **TAK** |  |
|  Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H20 – PEEP – jako integralna część respiratora lub dodatkowy moduł. | **TAK** |  |
|  Alarmy:- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta - niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | **TAK** |  |
|  Przepływ gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym 6-42 l/min. | **TAK** |  |
|  Respirator dostarczany w komplecie z maską resuscytacyjną uniwersalną 5/3 (lub maską 5 i 3), przewodem ciśnieniowym, zasilającym o długości min. 180 cm zakończonym końcówką typu AGA, silikonowym przewodem oddechowym z zastawką pacjenta. | **TAK** |  |
|  Transportowy zestaw tlenowy zawierający:- butlę aluminiową na tlen medyczny o pojemności 2,7 l,- reduktor z przepływomierzem 0-25 l/min i szybkozłączem AGA, torbę transportową pozwalająca na umieszczenie w niej zestawu tlenowego oraz respiratora wraz z akcesoriami. Torba powinna posiadać uchwyt do trzymania w dłoni, na ramieniu oraz dodatkowe uchwyty do zawieszenia na noszach transportowych. Konstrukcja wszystkich elementów zestawu pozwala na ich użycie w podczas badania MRI (możliwość umieszczenie wraz z pacjentem w komorze) - jednorazowego użytku system do terapii CPAP stosowany w pomocy doraźnej u pacjentów przytomnych, z ostrymi zaburzeniami oddechowymi, gotowy do użycia po podłączenia do źródła tlenu- po jednym w rozmiarze dla dzieci i dla dorosłych: A) jeden zestaw zawiera co najmniej: maskę jednorazowego użytku z miękkim, dmuchanym kołnierzem, neoprenową uprząż mocującą, system CPAP, przewód tlenowy dł. min. 2 m. B) Regulacja pożądanej wartości ciśnienia CPAP uzyskiwana za pomocą wyboru odpowiedniego przepływu na reduktorze tlenowym. C) Zakres regulacji CPAP: 5-20 cm H20. D) Możliwością umieszczenia nebulizatora pomiędzy maską pacjenta a systemem. E) Port wylotu powietrza umieszczony w jednej linii z przewodem tlenowym, eliminując możliwość przypadkowego zamknięcia. |  |  |
| Uchwyt ścienny mocujący respirator w ambulansie zgodnym z wymogami polskiej normy PN EN 1789. |  |  |
| 25. 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** 4 ambulansów typu C dla MEDITRANS Ostrołęka | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |

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

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