**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 4. ZAKUP 7 AMBULANSÓW TYPU C**

**DLA WSPRiTS MEDITRANS PŁOCK**

**Zadanie 4. Zakup 7 ambulansów typu C dla WSPRiTS Płock**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C – 7 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 (np. płytami, profilami) z tworzywa sztucznego w kolorze białym z DMC do max. 3,5t. | **TAK** |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy- dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia, regulacja wysokości oraz regulacja kolumny kierowniczej w dwóch płaszczyznach (góra-dół, przód-tył) Fotel pasażera nie musi posiadać tych samych funkcji. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, wnęka nad przednią szybą w standardzie 1 DIN przystosowana do montażu radioodtwarzacza lub panelu sterowania, półka podsufitowa nad głową kierowcy przystosowana do zamontowania radiotelefonu *(*Zamawiajacy posiada radiotelefon Motorola DM 4600),w kabinie kierowcy do radiotelefonu wyprowadzona antena wraz z przewodem zasilania 12V.Instalacja elektryczno-antenowa  SWD PRM.Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz z adapterami oraz uchwytami do zamontowania tabletu oraz drukarki pod system SWD PRM.W kabinie kierowcy, zamontowana stacja dokująca do tabletu z zasilaczem. Stacja dokująca zamontowana w sposób zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera w miejscu łatwo dostępnym, nieutrudniającym korzystania z przełączników zamontowanych na desce rozdzielczej, nie utrudniającym widoczności kierowcy przez szybę przednią, nie kolidującym z poduszkami powietrznymi. W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowany uchwyt do drukarki używanej w SWD PRM wraz z doprowadzonym zasilaniem z dodatkowy gniazdem  12V. Drukarka zamontowana w sposób umożliwiający jej łatwy demontaż oraz nie utrudniająca pracy na blacie roboczym.Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM zakończona wtykami zlokalizowanymi przy stacji dokującej .Przygotowanie instalacji elektryczno-antenowej pozwalającej na łatwe wpinanie /wypinanie modułu GPS użytkowanego w SWD PRM.Stacja dokująca połączona z drukarką za pomocą przewodu USB. | **TAK** |  |
| Furgon - lakier w kolorze białym lub żółtym zgodnie z obowiązującą normą.  | **TAK****podać** |  |
| Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. | **TAK** |  |
| Minimalne wymiary przedziału medycznego:* długość przedziału medycznego min. 3,00 m
* szerokość przedziału medycznego min. 1,70 m
* wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m
 | **TAK****podać** |  |
| Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, kieszenie na tylnych drzwiach do przewożenia drobnego wyposażenia medycznego. | **TAK****podać** |  |
| Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe system elektryczny wspomagający zamykanie drzwi. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe system elektryczny wspomagający zamykanie drzwi. | **TAK** |  |
|  Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:- 2 szt. butli tlenowych 10 litrowe z reduktorami,- mocowanie krzesełka kardiologicznego,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,- mocowanie materaca próżniowego,- mocowanie szyn Kramera,- mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,- mocowanie 3 kasków ochronnych,- mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- pojemnik reimplantacyjny w formie lodówki zasilanej z 12V z możliwością jej zamiennego mocowania i zasilania w przedziale medycznym (dopuszcza się zamiennie pojemnik termoizolacyjny zasilany z sieci 12V zamontowany na stałe w przedziale medycznym)- miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę,- wyposażenie techniczne (łom, łopata) z systemem ich mocowania.Dopuszcza się by miejscem mocowania w/wym. sprzętu medycznego tj. deska ortopedyczna dla dzieci, szyny typu Kramer, kamizelka KED był przedział medyczny. | **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. 1,60 m. | **TAK****podać** |  |
| Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu. | **TAK** |  |
| Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne, kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera. | **TAK** |  |
| Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową. | **TAK** |  |
| Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową.Dodatkowo przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Zamawiający nie dopuszcza stopnia wsuwanego do kasety (ze względu na częste zacinanie się tego typu stopni). Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego. | **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** |  |
| Zestaw narzędzi z podnośnikiem, zestaw naprawczy do uszkodzonych opon oraz koło zapasowe. | **TAK** |  |
| Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania się ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 l. | **TAK****podać** |  |
| Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 18 litrów. | **TAK****podać** |  |
| Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus lub równoważna). | **TAK****podać** |  |
| Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym (przycisk włącz/wyłącz w przedziale medycznym), zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| Po otwarciu drzwi bocznych powinna zapalać się minimum jedna lampa sufitowa oraz dodatkowe tzw. nocne oświetlenie w kolorze niebieskim, a po ich zamknięciu gasnąć z opóźnieniem max. 0,5 min. | **TAK****podać** |  |
| Kamera cofania, wyświetlacz LCD w formie lusterka wstecznego zamontowany w kabinie kierowcy. Czujniki parkowania przednie i tylne jako fabryczne wyposażenie pojazdu. | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący z następującymi funkcjami:* sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),
* sterowanie pracą dodatkowych sygnałów pneumatycznych,
* informującymi o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączenia ambulansu do sieci 230V,
* informującymi o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi pomiędzy przedziałem medycznym a kabiną kierowcy,
* informującymi o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego.
 | **TAK** |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni). | **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 min. 1950 cm³. | **TAK****podać** |  |
| Silnik o mocy min. 160 KM. | **TAK****podać** |  |
| Moment obrotowy min. 360 Nm. | **TAK****podać** |  |
| Spełniajacy wymogi normy emisji spalin EURO 6. | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | **TAK** |  |
| Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | **TAK****podać** |  |
| Napęd na koła przednie, tylne, dopuszczamy napęd 4 x 4. | **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 i przerywanym trybem działania świateł STOP w przypadku nagłego hamowania. | **TAK** |  |
| Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), wentylowane. | **TAK** |  |
| System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu lub równoważny. | **TAK** |  |
| System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR. | **TAK** |  |
| System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny. | **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 (podać wartość).  | **TAK****podać** |  |
| Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta np. popoprzez resory dwupiórowe lub zawieszenie pneumatyczne (podać oferowane rozwiązanie). | **TAK****podać** |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| Ze wspomaganiem. | **TAK** |  |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA**
 |
| Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | **TAK** |  |
| Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewania przedziału medycznego w trakcie jazdy ambulansu (podać markę i model). | **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. 5,5 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego (podać markę i model). | **TAK****podać** |  |
| 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 w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | **TAK** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah z tym, że przedział medyczny ma być wyposażony w akumulator żelowy do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | **TAK** |  |
| Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A*.* | **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) min. 2 zerowane gniazda 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** |  |
| Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z 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** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami LED koloru niebieskiego i dodatkowymi światłami roboczymi LED do oświetlania przedpola ambulansu. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość podawania komunikatów głosowych. | **TAK** |  |
| Belka świetlna umieszczona w tylnej części dachu pojazdu z modułami  LED koloru niebieskiego i dodatkowymi światłami roboczymi LED do oświetlania pola za ambulansem. W przypadku redukcji ciężaru dopuszczalnej masy pojazdu dopuścimy pojedyńczą lampę led (poinformować o tym w opisie). | **TAK****podać** |  |
| Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy (z sygnalizacją załączenia), zmiana modulacji sygnału dźwiękowego poprzez naciśnięcie klaksonu. | **TAK** |  |
| Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni. | **TAK** |  |
| Dodatkowe sygnały pneumatyczne - powinny działać tylko przy załączonej uprzednio podstawowej sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej. | **TAK** |  |
| Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego, dodatkowe lampy LED niebieskiej barwy w błotnikach. | **TAK** |  |
| Reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu do oświetlenia miejsca akcji, po dwa z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. | **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) nazwa dysponenta ZRM – jednostki umieszczona po obu bokach pojazu,e) wzór graficzny systemu z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm,f) nazwa (kod) ZRM po obu stronach pojazdu W02 XX (spacja pomiędzy cyframi), barwy czerwonej o wymiarach wysokość – 13 cm, szerokość – 10 cm, grubość liter – 3,5 cm (numery do uzgodnienia). | **TAK** |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**
 |
| Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:1. światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych LED, z funkcją ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),
2. oświetlenie skupione regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (minimum 2 szt.),
3. halogen zamontowany nad blatem roboczym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA**
 |
| Kabina kierowcy wyposażona w jedną dodatkową instalację 12V. | **TAK** |  |
| Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | **TAK** |  |
| Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o niżej wymienionych parametrach i podłączona do radiotelefonu (możliwość konserwacji anteny z dostępem z przedziału medycznego po demontażu jednej z lamp sufitowych):- dostrojona na zakres częstotliwości 168 - 169 MHz,- impedancja wejścia 50 Ohm,- współczynnik fali stojącej ≤ 1,5,- charakterystyka promieniowania dookólna. | **TAK****podać** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| Dopuszcza się zabudowę meblową równoważną z opisaną poniżej pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę i załączenia do oferty schematu zabudowy meblowej ściany działowej oraz ściany lewej i prawej przedziału medycznego. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie działowej:a) szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną (blat na wysokości 100 cm ± 5 cm), wyposażona w min. trzy szuflady w min. dwóch szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki,b) pojemnik na zużyte igły,c) wysuwany kosz na odpady,d) miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,e) 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,f) przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. | **TAK****podać** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie prawej:a) min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, zamki szafek, b) jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,c) uchwyt na butlę tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at,d) uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,e) przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu,f) przy fotelu obrotowym panel sterujący umożliwiający:- sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału medycznego,- sterowanie układem ogrzewania przedziału medycznego,- sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,- sterowaniem termoboxem (wyświetlający temeraturę w termoboksie)- wyświetlanie temperatury w przedziale medycznym oraz temperatury na zewnątrz pojazdu,- funkcje zegara i kalendarza (możliwość dodatkowego urządzenia z tymi funkcjami),g) termoboks – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych. | **TAK****podać** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie lewej:a) min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, zamki szafek,b) pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),c) na wysokości głowy pacjenta panele przesuwane w szynach do zamocowania dowolnego respiratora transportowego, defibrylatora oraz pompy infuzyjnej,d) szafa z pojemnikami do uporządkowanego transportu i segregacji drobnego sprzętu medycznego,e) schowek na narkotyki z zamkiem szyfrowym. | **TAK****podać** |  |
| System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej o masie do 15 kg. Wraz z zasilaniem 12V. W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania jest elementem całopojazdowym homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu – ATEST 10G. | **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:1. z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze),
2. 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi,
3. instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,
4. konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony,
5. wyposażona we wpinany/wypinany przepływomierz obrotowy z nawilżaczem o przepływie regulowanym do 15L/min.
 | **TAK****podać** |  |
| Centralna instalacja próżniowa:a) z jednym gniazdem poboru,b) regulatorem siły ssania,c) słojem na wydzielinę 1l,d) przewodem do odsysania o długości min. 1,5 m zakończonym łącznikiem do cewników. | **TAK** |  |
| Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 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 (podać markę i model). Zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety nie może odbywać się za pomocą linki. | **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** |  |
| W przedziale medycznym element umożliwiający montaż uchwtu drukarki HP Officejet 100 zgodnie z PN EN 1789 lub równoważną w sposób umożliwiający jej bezpieczny transport jak i drukowanie dokumentów, z dostępem do gniazda 12V. | **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 - 2 sztuki, komplet kluczy, podnośnik samochodowy. | **TAK** |  |
| Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy”. | **TAK** |  |
| Wykonawca zamontuje w ambulansach w siedzibie Zamawiającego posiadane wyposażenia medyczne wymagane, zgodne z wymogami NFZ. | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERIWSU I GWARANCJI**
 |
| Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu. | **TAK** |  |
| Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | **TAK** |  |
| Gwarantowany czas rozpoczęcia naprawy gwarancyjnej zabudowy sanitarnej ambulansu i jego wyposażenia wynosi w dni robocze 24 godziny licząc od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego (pismem, telefonem lub faksem) do autoryzowanego serwisu zabudowy sanitarnej i wyposażenia. Realizacja zgłoszonych usterek i napraw gwarancyjnych, w okresie gwarancji w dni robocze – max. w ciągu 72 godzin od zgłoszenia na koszt gwaranta. | **TAK** |  |
| Gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy, na którym wykonano adaptację na ambulans**,** nie krócej jednak niż 24 miesiące bez limitu km. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na perforację – min. 60 miesięcy. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące. | **TAK****podać** |  |

|  |
| --- |
| **Nosze główne – 7 sztuk** **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 pozycji transportowych.
 | **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 90 stopni.
 | **TAK** |  |
| Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, ułożenie na wznak. | **TAK** |  |
| Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | **TAK** |  |
| Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą.  | **TAK** |  |
| Ze składanymi poręczami bocznymi, z chowanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | **TAK** |  |
| Z możliwością montażu składanego statywu do kroplówki z mocowaniem min. dwóch toreb/butelek z płynami infuzyjnymi. | **TAK** |  |
| Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy. | **TAK** |  |
|  Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału z którego wykonane są nosze). | **TAK****podać** |  |
|  Wyposażone w cienki nie sprężynujący materac z tworzywa sztucznego nie przyjmujący krwi, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; materac wyposażony w odpinany podgłówek. | **TAK** |  |
| Wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy.  | **TAK** |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg). | **TAK****podać** |  |
| Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 (podać wagę noszy w kg). | **TAK****podać** |  |
| Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi aktualnej normy PN EN 1789, PN EN 1865 lub równoważnej. | **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 do noszy głównych – 7 sztuk** **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 w minimum sześciu poziomach. | **TAK****podać** |  |
| Z blokadą zabezpieczającą przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w sytuacji przypadkowego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie.  | **TAK** |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera) na min. 3 poziomach pochylenia. | **TAK****podać** |  |
| Wszystkie kółka jezdne o średnicy minimum 125 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie 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 i na otwartych przestrzeniach, podać średnicę kółek w mm.  | **TAK****podać** |  |
| Minimum dwa kółka wyposażone w hamulce, transporter wyposażony w system rozpraszający elektryczne ładunki statyczne zapewniający uziemienie zestawu transportowego.  | **TAK****podać** |  |
| System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789. | **TAK** |  |
| Transporter wyposażony w system automatycznego zwolnienia blokady podwozia (tzn. nie wymagający żadnych dodatkowych czynności) umożliwiający wjazd do karetki, gdy kółka najazdowe opierają się na lawecie, a zwolniony jest mechanizm składający podwozie tzw. automatyczna blokada uniemożliwiająca złożenie podwozia w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na lawecie, a zwolniony jest mechanizm składający podwozie. | **TAK** |  |
|  Transporter wyposażony w automatyczny system składania przednich goleni (tzn. nie wymagający żadnych dodatkowych czynności) w trakcie załadunku noszy do ambulansu niwelujący konieczność dźwigania noszy przy załadunku do karetki. | **TAK** |  |
|  Transporter wyposażony w blokadę zabezpieczającą przed jego wyjazdem z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i braku zablokowania podwozia. | **TAK** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg). | **TAK** **podać** |  |
|  Waga zestawu transportowego max 51 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 (podać wagę transportera w kg). | **TAK****podać** |  |
| Transporter musi posiadać trwale oznakowane, najlepiej graficznie, elementy związane z jego obsługą.  | **TAK** |  |
| Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego niekorodującego materiału. | **TAK** |  |
| 1. Deklaracje zgodności lub certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na oferowany system transportowy (nosze i transporter).
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem automatycznego składania/rozkładnia podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiekczynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków czy zwalniania dźwigni blokad itp.
 | **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** |  |
| **Nosze podbierakowe – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Z wielostopniową regulacją długości noszy w zakresie min. od 167 cm do 200 cm z możliwością złożenia noszy do transportu w połowie długości.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Z możliwością rozdzielenia na dwie niezależne połówki.
 | **TAK** |  |
| Konstrukcja łopat noszy wykonana z tworzywa sztucznego lub aluminium. | **TAK** |  |
| Konstrukcja zamków łączących łopaty wyposażona w tzw. podwójną zapadką zabezpieczającą przed niekontrolowanym rozdzieleniem noszy przez obsługę. | **TAK** |  |
| Min. 3 pasy o regulowanej długości zabezpieczające pacjenta , mocowane bezpośrednio do noszy. | **TAK****podać** |  |
| Dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg.  | **TAK****podać** |  |
| Waga max. 10 kg. | **TAK****podać** |  |
| 8. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 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** |  |
| **Deska ortopedyczna z pasami i unieruchomieniem głowy – 7sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Nosze typu deska ortopedyczna, wykonana z wysokoodpornego tworzywa sztucznego.
 | **TAK** |  |
| 1. Przenikliwa dla promieni X.
 | **TAK** |  |
| Pasy zabezpieczające kodowane kolorem, mocowane obrotowo, wyposażone w metalowe klamry i metalowe duże karabińczyki obrotowe na końcach pasów – min. 4 sztuki w komplecie. | **TAK****podać** |  |
| Mocowanie pasów po min. 5 miejsc mocowania na dłuższej stronie deski.  | **TAK****podać** |  |
| Co najmniej 14 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski. | **TAK****podać** |  |
| Zestaw klocków do unieruchamiania głowy i kręgosłupa szyjnego, z możliwością zmiany punktu mocowania pasków mocujących, z możliwością obserwacji uszu poszkodowanego, z co najmniej dwoma pasami dodatkowymi do mocowania głowy (podbródkowy i czołowy). Całe mocowanie pokryte tworzywem wodoodpornym, unieruchomienie głowy wielokrotnego użytku. | **TAK** |  |
| Waga deski do 8,0 kg, obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg. | **TAK****podać** |  |
| Odległość otworów deski od podłoża minimum 4 cm. | **TAK****podać** |  |
| Szerokość deski minimum 41cm.  | **TAK****podać** |  |
| Długość deski minimum 183 cm.  | **TAK****podać** |  |
| Zwężenie końca dystalnego deski. | **TAK** |  |
|  Dodatnia pływalność deski. | **TAK** |  |
| 13. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 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 do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| **Krzesełko transportowe – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem w trakcie transportu, wykonane z niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyposażone w system trakcyjny gąsiennicowy z wbudowanym hamulcem obciążeniowym działającym na zasadzie im cięższy pacjent tym krzesło jedzie wolniej , umożliwiające zjazd po schodach, szeroki rozstaw gąsiennic min. 30 cm zwiększający stabilność w trakcie manewrowania.
 | **TAK****podać** |  |
| Ze składanym podnóżkiem o wymiarach min. długość 30 cm, szerokość min. 15 cm. | **TAK****podać** |  |
| Z kompletem 3 pasów bezpieczeństwa o regulowanej długości. | **TAK** |  |
| Siedzisko i oparcie wykonane z tworzywa sztucznego, umożliwiający szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji bez konieczności używania jakichkolwiek narzędzi. | **TAK** |  |
| 4 kółka jezdne z czego dwa przednie o średnicy min. 10 cm skrętne w zakresie 360 stopni, 2 tylne o średnicy min. 15 cm wyposażone w hamulce.  | **TAK****podać** |  |
| Teleskopowo wydłużane rączki przednie z regulacją długości (min. 5 zakresów), tylna rama z regulacją długości na min. 5 –ciu poziomach, składane rączki tylne do znoszenia po schodach | **TAK****podać** |  |
| Waga do 15 kg. | **TAK****podać** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne powyżej 220 kg. | **TAK** **podać** |  |
| 10. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 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** |  |
| **Defibrylator – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze do 8 kg z kompletem akumulatorów.
 | **TAK** |  |
| 1. Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **ZASILANIE**
 |
| Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/ sieciowe, akumulatory ładowane automatycznie po wpięciu aparatu do uchwytu ściennego podłączonego do instalacji elektrycznej ambulansu. | **TAK** |  |
| Czas pracy na akumulatorze/ach min. 5 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią. | **TAK****podać** |  |
| 1. **DEFIBRYLACJA**
 |
| Defibrylacja dwufazowa:* w trybie AED
* w trybie ręcznym, regulacja energii w zakresie min. 2-200J, dostępne 20 min. poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej.
 | **TAK****podać** |  |
| Możliwość rozbudowy o moduł łyżek zewnętrznych dla dorosłych i dla dzieci z funkcją defibrylacji / regulacji poziomu energii / monitorowania i wydruku. | **TAK** |  |
| 1. **MONITOROWANIE I REJESTRACJA**
 |
|  Prekonfigurowany tryb dorosły / dziecko/ noworodek do wyboru z poziomu głównego menu, z automatycznym ustawieniem parametrów defibrylacji i monitorowania (poziomy energii defibrylacji, granice alarmów, parametry NIBP) odpowiednich dla wybranego trybu. | **TAK**  |  |
|  Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6,5'' , Możliwość wyświetlenia min. 4 krzywych dynamicznych jednocześnie. | **TAK****podać** |  |
|  Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych. | **TAK** |  |
|  Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | **TAK** **podać** |  |
|  Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | **TAK****podać** |  |
| 1. **EKG/RESPIRACJA**
 |
|  Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i funkcją transmisji przez telefon komórkowy lub modem. | **TAK** **podać** |  |
|  Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /minutę. | **TAK** **podać** |  |
| Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 4,0 cm/mV.  | **TAK** **podać** |  |
| 1. **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA**
 |
| Tryb asynchroniczny i „na żądanie”. | **TAK** |  |
| Częstość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp/minutę, prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA. | **TAK** **podać** |  |
| 1. **PULSOKSYMETRIA**
 |
| Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu, w komplecie czujnik klips palcowy. | **TAK** |  |
| 1. **NIBP**
 |
| Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego min. 15-220 mmHg. | **TAK** **podać** |  |
| Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, synchronizowany załamkiem R elektrokardiogramu (z kabla EKG) w celu eliminacji artefaktów. | **TAK** |  |
| 1. **MONITOROWANIE RKO**
 |
| Informacja zwrotna o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć. Prezentacja graficzna wykresu głębokości uciśnięć z wyraźnym zaznaczeniem docelowego zakresu 5-6 cm, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej jako zintegrowana funkcja aparatu. | **TAK** |  |
| Wyświetlanie na ekranie defibrylatora w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC. | **TAK** |  |
| Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC. | **TAK** |  |
| Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej. | **TAK** |  |
| 1. **KAPNOMETRIA**
 |
| Monitorowanie etCO2 i respiracji u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów etCO2 min. 0‑99 mmHg, zakres częstości oddechów min. 0-99 /minutę. | **TAK****podać** |  |
| 1. **KOMUNIKACJA/TRANSMISJA DANYCH**
 |
| Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG przez dedykowany modem do wskazanych przez Zamawiającego podmiotów szpitalnych. W komplecie modem do transmisji danych (jeśli wymagany) współpracujący z dowolnym operatorem sieci GSM bez karty sim operatora sieci komórkowej. | **TAK** |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE**
 |
| Kabel EKG 12-odprowadzeniowy. | **TAK** |  |
| Kabel do stymulacji. | **TAK** |  |
| Czujnik SpO2 – klips palcowy 2 szt. (po 1 sztuce dla dzieci i dorosłych). | **TAK** |  |
| Przy dostawie elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min. 1 kpl. i dla dzieci min. 1 komplet. | **TAK****podać** |  |
| Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: standardowy dla dorosłych 1 szt., dorośli duży 1 szt, udowy 1 szt, dla dzieci 1 szt. | **TAK** |  |
| Zestaw akcesoriów do pomiaru kapnometrii dla dorosłych i dla dzieci min. 3 komplety. | **TAK****podać** |  |
| Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do montażu defibrylatora w ambulansie z funkcją ładowania akumulatora/ów i zasilania po wpięciu aparatu do uchwytu. | **TAK** |  |
| 1. **POZOSTAŁE**
 |
| Odporność aparatu na upadek z wysokości minimum 1,5 m potwierdzone w materiałach sprzętu. | **TAK****podać** |  |
| 34. 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 – 7 sztuk** **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 uc./minutę. | **TAK****podać** |  |
| Aktywna dekompresja – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej (np. przez ssawkę - podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację). **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Źródło zasilania: akumulator/ zasilanie ze ściany karetki DC min. 12 – 28 V / zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V. | **TAK****podać** |  |
| Czas ładowania akumulatora max. 150 minut.  | **TAK****podać** |  |
| Czas ładowania akumulatora poniżej 125 min. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
| Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora 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 – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Ładowarka wewnątrz urządzenia. | **TAK**  |  |
|  Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora min. 40 minut. | **TAK** |  |
|  Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta. | **TAK** |  |
|  Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem < 12 kg. | **TAK** **podać** |  |
|  Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE podać** |  |
|  Wyposażenie aparatu: torba lub plecak / deska pod plecy / jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 12 szt.) / akumulator. | **TAK** |  |
| 16. 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 – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 794-3
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie pneumatyczne - z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu.
 | **TAK** |  |
| Klasa odporności na wnikanie ciał stałych / cieczy min. IP54. | **TAK****podać** |  |
| Maksymalna waga modułu respiratora ≤2,5 kg. | **TAK****podać** |  |
| Możliwość pracy w środowisku rezonansu magnetycznego (MRI) o indukcji min. 3 Tesla. | **TAK****podać** |  |
| Tryb wentylacji Demand i CMV/Demand.  | **TAK** |  |
| Automatyczna blokada cyklu wentylacji CMV przy wydolnym oddechu spontanicznym pacjenta (objętość oddechowa powyżej 400 ml). | **TAK** |  |
| Objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji IPPV/ CMV nie mniejsza niż 400 ml. | **TAK** |  |
| Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym, przepływ maksymalny > 120 l/min. (integralna funkcja respiratora). | **TAK** |  |
|  Tryb CPAP – przepływ regulowany. | **TAK**  |  |
|  Tryb PEEP, zakres regulacji min. 5-20 cmH2O. | **TAK****podać** |  |
|  Zintegrowany przepływomierz, zakres regulacji przepływu min. 2 - 30 l/min. | **TAK** **podać** |  |
|  Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta). | **TAK** **podać** |  |
|  Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej. | **TAK** |  |
|  Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci:- częstość oddechowa min. 8 - 40 cykli/minutę- objętość oddechowa min. 70 -1500 ml | **TAK** **podać** |  |
|  Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 5 cmH2O. | **TAK** **podać** |  |
|  Waga respiratora maksimum 2,5 kg. | **TAK** **podać** |  |
| Zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa regulowana w zakresie min. 20-60 cmH2O.  | **TAK** **podać** |  |
| Manometr ciśnienia w układzie pacjenta. | **TAK** |  |
| Moduł alarmowy (dopuszcza się zasilanie elektryczne modułu), alarm optyczny i dźwiękowy:- wysokiego ciśnienia szczytowego w układzie pacjenta- niskiego ciśnienia, rozłączenia obwodu oddechowego- rozładowania baterii. | **TAK** |  |
| Temperatura pracy w minimalnym zakresie minus 10 do plus 50oC. | **TAK**  |  |
| Przenośny zestaw tlenowy:- torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy,- butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O2 z głowicą DIN ¾‘, pojemność 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm.,- reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem. | **TAK** |  |
| Uchwyt karetkowy zgodny z PN EN 1789 (podać markę i model). | **TAK** **podać** |  |
| Obwody oddechowe jednorazowego użytku, po minimum 5 szt. do wentylacji oraz CPAP minimum 6 szt. w zestawie. | **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** |  |
| **Ssak z własnym akumulatorem – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Zasilanie zewnętrzne: prądem stałym, prądem zmiennym.
 | **TAK** |  |
| 1. Ładowarka akumulatora.
 | **TAK** |  |
| Zbiornik wielokrotnego użytku. | **TAK** |  |
| Regulacja podciśnienia 0-500 mmHg. | **TAK** |  |
| Wydajność regulowana. | **TAK** |  |
| Układ odcinający przy przepełnieniu.  | **TAK** |  |
| Filtr bakteryjny. | **TAK** |  |
| Wskaźnik naładowania akumulatora. | **TAK** |  |
| Zbiornik jednorazowy 2 sztuki. | **TAK** |  |
|  Filtr do ssaka 2 sztuki. | **TAK**  |  |
|  Wąż ssący minimum 150 cm. | **TAK****podać** |  |
|  Łącznik do węża ssania 2 sztuki. | **TAK** |  |
| 13. 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** |  |
| **Pompa strzykawkowa – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Stosowanie strzykawek 5, 10, 20, 30, 50 ml.
 | **TAK** |  |
| 1. Pompa infuzyjna strzykawkowa.
 | **TAK** |  |
| Szybkość dozowania 0,1-1200 ml/h. | **TAK** |  |
| Programowanie objętości do podania w zakresie min. 0,1-999 ml. | **TAK** |  |
| Szybkość dozowania Bolus-a min. 1200 ml/h. | **TAK** |  |
| Tryby infuzji: - ml/godz.- szybkość dawki (jednostki min: ng, mg, cal. Kcal, U, kU, mmol, mol, kg)- objętość lub dawka/czas (0-96 godzin)- limit objętości: 0,1-999,9 ml.  | **TAK** |  |
| Programowanie KVO min. 0,1-5 ml/h. | **TAK****podać** |  |
| Biblioteka leków – min. 50 leków. | **TAK****podać** |  |
| Programowany próg ciśnienia alarmu okluzji – min. 3 poziomy. | **TAK****podać** |  |
|  Historia infuzji – min. 1500 wpisów. | **TAK** **podać** |  |
|  Zasilanie 230 V 50 Hz i 12V. Czas pracy z akumulatora min. 10 h przy infuzji 5ml/h. | **TAK** |  |
|  Strzykawki montowane od dołu pompy. | **TAK** |  |
|  Waga do 2,2 kg. | **TAK** **podać** |  |
|  Stopień ochronności min. IP22. | **TAK****podać** |  |
|  Wyświetlacz LCD minimum 126x64 pikseli. | **TAK****podać** |  |
| 16. 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** |  |
| **Materac próżniowy – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Materac próżniowy do transportu pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy i urazami wielonarządowymi z dopinaną podłogą zabezpieczającą materac w kontakcie z podłożem.
 | **TAK** |  |
| 1. Konstrukcja zapewniająca całkowite unieruchomienie, dopasowanie do ciała pacjenta i uniemożliwiająca załamywanie się materaca podczas przenoszenia pacjenta.
 | **TAK** |  |
| Wymiary: co najmniej 200 x 90cm. | **TAK****podać** |  |
| Minimum 6 uchwytów do przenoszenia. | **TAK****podać** |  |
| Minimum 4 poprzeczne, zabezpieczające pacjenta pasy. | **TAK****podać** |  |
| Materac wykonany z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji.  | **TAK** |  |
| W zestawie, co najmniej:1. pompka; b) torba na materac; c) zestaw naprawczy.
 | **TAK****podać** |  |
| 8. 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** |  |
| **Kamizelka ortopedyczna – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Pokryta wytrzymałym, odpornym na przetarcia tworzywem sztucznym, wykonana z materiału zmywalnego przystosowana do dezynfekcji, nienasiąkliwa, nieprzyjmująca krwi i brudu wyposażona we wbudowane uchwyty transportowe.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażona w komplet pasów zabezpieczających kodowanych kolorem,poduszkę wypełniającą krzywizny ciała, paski stabilizujące głowę min. 2 szt., pokrowiec ochronny.
 | **TAK****podać** |  |
| Prześwietlalna dla promieni X stopniu diagnostycznym umożliwiającym diagnostykę RTG. | **TAK** |  |
| Obciążenie dopuszczalne powyżej 200 kg, waga kamizelki do 4 kg. | **TAK****podać** |  |
| 5. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Plecak ratowniczy – 7 sztuk** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wielokomorowy (min. 5 dużych komór głównych) przeznaczonych do przechowywania i przenoszenia wyposażenia medycznego niezbędnego do pracy w zespołach wyjazdowych pogotowia ratunkowego.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wymiary minimalne plecaka: 60cmx50cmx30cm.
 | **TAK****podać** |  |
| Wykonany z materiału typu Complan lub równoważny w kolorze czerwonym z elementami odblaskowymi w przedniej i górnej części plecaka, wyposażony w min. 3 kieszenie zewnętrzne do przenoszenia podstawowego wyposażenia, z uchwytami do przenoszenia plecaka rozmieszczonymi zarówno w pionie jak i w poziomie, z systemem szelkowym do transportu na plecach, szelki o regulowanej długości. | **TAK****podać** |  |
| Spód plecaka zabezpieczony przed przetarciem, z ampularium na min. 80 ampułek o różnej pojemności z możliwością opisania poszczególnego ułożenia leków, z miejsce na min 4 butelki płynów infuzyjnych wraz z aparatami do toczenia płynów oraz z miejscem na mankiet do szybkiej infuzji ciśnieniowej. | **TAK****podać** |  |
| Zestaw min. 5 przezroczystych organizerów umożliwiających segrergację sprzętu medycznego mocowanych na rzep w komorze głównej z możliwością zmiany ułożenia w zależności od potrzeb. | **TAK****podać** |  |
| 6. 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** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** 7 ambulansów typu C dla WSPRiTS Płock | szt. | 7 |  |  |  |  |  |
|  |  |

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

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