**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. ZAKUP 4 AMBULANSÓW TYPU C**

**DLA MEDITRANS OSTROŁĘKA**

**Zadanie 1. Zakup 4 ambulansów typu C dla MEDITRANS Ostrołęka**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowych ambulansów drogowych typu C wraz ze sprzętem medycznym,w ilościach i asortymencie wymienionym w poniższych tabelach „zestawienie parametrów technicznych” oraz szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie uruchomienia, eksploatacji, obsługi i konserwacji przedmiotu zamówienia.

Wszelkie czynności i prace związane z montażem, rozmieszczeniem i instalacją, oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu dostawy, niezbędne do prawidłowego i zgodnego z przeznaczeniem funkcjonowania przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w cenie oferty.

Nowy ambulans to **pojazd fabrycznie nowy, który nie był zarejestrowany – zgodnie z zapisami ustawy Prawo o ruchu drogowym.**Zamawiający dopuszcza pojazdy z przebiegiem technicznym, tj. przebiegiem powstającym w pojazdach w skutek ich przeparkowywania/przestawiania u producenta oraz dealera samochodów bazowych, a także producenta zabudowy medycznej.

Szkolenie personelu:

Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia szkolenia personelu Zamawiającego z zakresu prawidłowej eksploatacji przedmiotu zamówienia.

Wykonawca zobowiązany jest zapewnić niezbędny sprzęt do przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego, jak również materiały eksploatacyjne (tzw. Pakiet rozruchowy – jeśli jest wymagany). Zamawiający ze swojej strony zapewni wyłącznie miejsce do przeprowadzenia szkoleń.

Zamawiający dopuszcza przeprowadzenie szkolenia poza siedzibą Zamawiającego. W takim przypadku wszelkie koszty związane ze szkoleniem ponosi Wykonawca. Zamawiający przyjmuje, że koszty szkolenia Wykonawca uwzględnił w składanej ofercie.

Poniższe tabele z parametrami wymaganymi musi wypełnić Wykonawca i dołączyć do oferty.

Parametry podane w tabelistanowią minimalne wymagania graniczne (odcinające), których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak wpisu w rubryce „Parametry oferowane” zostanie potraktowany jako niespełnienie parametru skutkujące odrzuceniem oferty.

|  |
| --- |
| **Ambulans typu furgon – 2 sztuki****Pojazd kompletny (ciężarowy): Marka ………………………….………. Typ ………………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…………….…….****Rok produkcji min. 2018 (podać): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...** **Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:.................................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):………………………………………………………………………………………………………………………………****Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….………….….****Rok produkcji min. 2018 (podać): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...** **Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:........................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. DMC oferowanego pojazdu – ambulans drogowy typu C furgon.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. DMC oferowanego pojazdu ≥ 4,0 t **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 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** |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Szyba przednia z przyciemnianym pasem przy górnej krawędzi dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. Półka po stronie pasażera wyposażona w min. 1 szt. gniazdo USB i 1 szt. gniazdo 12V. | **TAK****podać** |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy zgodnie z PN EN 1789. Sufitowe lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, wnęka nad przednią szybą na radiotelefon, fotele kierowcy i pasażera wyposażone w regulowane podłokietniki i regulowane oparcia oraz przesuw wzdłużny. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej ADK07F do tabletu Twinhead Durabook R-11 z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kokpitu kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z funkcji kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera. Zamawiający nie dopuszcza jakiejkolwiek innych niż fabryczne perforacji kokpitu i podłogi w kabinie kierowcy. | **TAK** |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni).  | **TAK** |  |
| Furgon-lakier w kolorze białym lub żółtym. | **TAK****podać** |  |
| Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach.  | **TAK****podać** |  |
| Wysokość przedziału medycznego minimum 1,85 m. | **TAK****podać** |  |
| Długość przedziału medycznego min. 3,00m.**parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. 3,00 m - **0 pkt.**; największa długość - **5 pkt.**; pozostałe: proporcjonalnie | **TAK** **podać** |  |
| Szerokość przedziału medycznego min.1,75m. | **TAK****podać** |  |
|  Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, wys. min.1,80m, kieszenie siatkowe na tylnych drzwiach. | **TAK****podać** |  |
|  Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne prawe z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**  | **TAK/NIE****podać** |  |
| 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 okno (Zamawiający dopuszcza wyposażenie przegrody w otwierane drzwi z oknem ,zgodnie z PN EN 1789). | **TAK** |  |
| 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** |  |
| Drzwi boczne lewe z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi z oświetleniem zapewniający mocowania:- 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,- krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym, - noszy podbierakowych,- deski ortopedycznej dla dorosłych,- deski ortopedycznej dla dzieci,- materaca próżniowego,- szyn Kramera,- kamizelki unieruchamiającej typu KED,- min. 2 kasków ochronnych, wraz z dostawą dostarczyć min. 2 kaski,- torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- pojemnika reimplantacyjnego o pojemności min. 7l, z możliwością jego zasilania z instalacji 12V ambulansu,- pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę,- wyposażenia technicznego (łom, łopata) – wraz z dostawą dostarczyć wyposażenie techniczne. | **TAK****podać** |  |
| Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne dla kierowcy i pasażera, nadokienne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | **TAK** |  |
| Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem. | **TAK** |  |
| Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny pokryty wykładziną antypoślizgową z podświetleniem. | **TAK** |  |
| Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | **TAK** |  |
| Światła boczne pozycyjne. | **TAK** |  |
| Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane. | **TAK** |  |
| Kamera cofania oraz kamera w przedziale medycznym, wyświetlacz LCD w formie lusterka wstecznego zamontowany w kabinie kierowcy. | **TAK** |  |
| Fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego elektroniczny system regulacji prędkości obrotowej silnika na postoju w celu doładowania zespołu akumulatorów oraz utrzymania odpowiednich parametrów termicznych w przedziale medycznym, gdy ambulans nie jest w ruchu (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) **– parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Układ wydechowy fabrycznie przedłużony do końca pojazdu przystosowany do pełnienia funkcji samochodu specjalnego sanitarnego. | **TAK** |  |
| Przednie reflektory przeciwmgielne z funkcją doświetlania zakrętów. | **TAK** |  |
| Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | **TAK****podać** |  |
| Parametryzowany moduł specjalny pojazdu bazowego typu PSM, KFG, itp. do którego muszą być podłączone urządzenia elektryczne zabudowy specjalnej (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia). | **TAK****podać** |  |
| Radioodtwarzacz CD z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. | **TAK** |  |
| Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący następującymi funkcjami:- sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),- sygnalizacja graficzna niskiego poziomu naładowania akumulatorów,- sterowanie sygnalizacja uprzywilejowaną,- sygnalizacja niedomknięcia którychkolwiek drzwi ambulansu,- sterowanie układem klimatyzacji, sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnego od pracy silnika,- sygnalizacja podłączenia ambulansu do sieci 230V. | **TAK**  |  |
| Pojemnik reimplantacyjny o pojemności min. 7l zasilany z instalacji 12V/230V ambulansu z możliwością chłodzenia i grzania wyposażony w pasek do noszenia na ramieniu. | **TAK****podać** |  |
| Przy dostawie przedmiotu zamówienia dostarczyć komplet dokumentów do rejestracji ambulansów, zgodnie z obowiązującymi przepisami. | **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. 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 Euro 6 lub Euro VI. | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| Skrzynia biegów manualna lub automatyczna (Zamawiający nie dopuszcza skrzyni półautomatycznej i zautomatyzowanej). | **TAK****podać** |  |
| Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | **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), przednie wentylowane. | **TAK** |  |
| System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | **TAK** |  |
| System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR. | **TAK** |  |
| System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny - **parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Asystent wspomagania ruszania pod górę. | **TAK** |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia). Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.  | **TAK****podać** |  |
| Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | **TAK** |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| Ze wspomaganiem i regulacją kolumny kierowniczej w dwóch płaszczyznach. | **TAK** |  |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA**
 |
| Fabryczne będące wyposażeniem pojazdu bazowego pomocnicze ogrzewanie elektryczne o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,5 kW uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) **- parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| 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 zgodnie z PN EN 1789 pkt. 4.5.5.1. (podać markę i model). | **TAK****podać** |  |
| Nagrzewnica wodna wpięta w układ chłodzenia silnika o maksymalnej mocy grzewczej min. 6 kW. | **TAK****podać** |  |
| Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 500 mm x 500 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę. | **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. Umożliwiający klimatyzowanie przedziału medycznego zgodnie z PN EN 1789 pkt. 4.5.5.2. (podać markę i model) – przy dostawie dostarczyć raport/protokół z badań potwierdzający zgodność systemów klimatyzacji i ogrzewania z PN EN 1789 dla oferowanej marki i modelu ambulansu) | **TAK****podać** |  |
| Dodatkowy fabryczny wodny dogrzewacz niezależny od pracy silnika o mocy min. 5 kW umożliwiający ogrzewanie przedziału medycznego oraz silnika. | **TAK****podać** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | **TAK****podać** |  |
| Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 180 A. **parametr dodatkowo punktowany**.180 Ah - **0 pkt**.; największa wartość - **5 pkt.;** pozostałe: proporcjonalnie. | **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 zewnątrz pojazdu 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:- min. 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 wypełniona w całej przedniej części i po bokach modułami świetlnymi LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy min. 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany - zmiana modulacji klaksonem, możliwość podawania komunikatów głosowych. | **TAK** |  |
| Sygnalizacja zintegrowana z tylną częścią dachu pojazdu z modułami świetlnymi LED koloru niebieskiego, dodatkowe światła robocze LED do oświetlania przedpola za ambulansem. | **TAK** |  |
| Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z panelu sterującego lub manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | **TAK** |  |
| Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni. | **TAK** |  |
| Dodatkowe sygnały niskotonowe o mocy min. 100W posiadające certyfikat/ homologację zgodności z REG 65lub alternatywną dyrektywą EKG ONZ, załączane na czas pracy od 10 do 30 sekund (podać markę i model oraz numer certyfikatu/homologacji) – sygnały niskotonowe są elementem całopojazdowej homologacji ambulansu oferowanej marki i modelu. Moc sygnału jako **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum – podać markę i model. 100 W - **0 pkt.**; największa wartość - **5 pkt.**; pozostałe: proporcjonalnie | **TAK****podać** |  |
| Dwie niebieskie lampy LED na wysokości pasa przedniego, barwy niebieskiej, dodatkowe niebieskie lampy LED w błotnikach i lusterkach zewnętrznych. | **TAK** |  |
| Po dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu w górnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, 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 lub 3 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” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d) na drzwiach bocznych ambulansów nazwa dysponenta ambulansu (do uzgodnienia),e) informacja z logo marki Mazowsze o zrealizowaniu inwestycji przy pomocy dotacji celowej z budżetu Województwa Mazowieckiego (do uzgodnienia z Zamawiającym). | **TAK** |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**
 |
| Oświetlenie zgodne z PN EN 1789+A2 pkt. 4.5.6 oraz charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:1. światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),
2. oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.),
3. halogen zamontowany nad blatem roboczym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| Przedział medyczny (pomieszczenie dla pacjenta) powinien pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione w zharmonizowanej normie PN EN 1789+A2 lub równoważnej dla ambulansu typu C. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do raportu/protokołu z testu zderzeniowego 10g):- szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, min. trzy szuflady, w jednej z szuflad miejsce i system mocowania drukarki systemu SWD PRM z zasilaniem 12V/230V oraz złączem USB, w dwóch szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki. (Zamawiający dopuszcza mocowanie drukarki w przedziale medycznym, na specjalnej półce przy ścianie grodziowej pod warunkiem wykazania zgodności z PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.9),- dodatkowa szuflada na narkotyki zamykana na klucz,- miejsce na pojemnik na zużyte igły,- wysuwany kosz na odpady, - termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych, - 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 umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od wezgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,- 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 (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do raportu/protokołu z testu zderzeniowego 10g):a/ minimum 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 oraz przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, 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/ butla tlenowa 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 oraz oświetleniem przedziału medycznego. | **TAK****podać** |  |
| W tylnej części prawej ściany uchwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. | **TAK** |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do raportu/protokołu z testu zderzeniowego 10g):a) minimum trzy podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów oraz przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b) po szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.), c) system min. dwóch paneli służących do zamocowania sprzętu medycznego (defibrylator, respirator, pompa infuzyjna dwustrzykawkowa). System przesuwu musi odbywać się w każdym momencie eksploatacji,d) szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne,e) nad szafką duży plaski panel informacyjny umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie,f) lodówka sprężarkowa o poj. ok 7 l do transportu leków z możliwością chłodzenia do +4 ºC (+/- 1,5 ºC) z możliwością płynnej regulacji parametrów termicznych i wyświetlaczem aktualnie utrzymanej temperatury, z łatwym dostępem poprzez drzwi wykonane ze stali nierdzewnej otwierane o kąt 180 stopni. | **TAK****podać** |  |
| W przedziale medycznym system mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej o masie do 12 kg zgodny z PN EN 1789. | **TAK** |  |
| Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | **TAK****podać** |  |
| Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia 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 (oddzielne gniazda pojedyncze), b) sufitowy punkt poboru tlenu zamontowany w specjalnej wnęce przystosowanej do montażu respiratora, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego, c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi,d) konstrukcja ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. | **TAK****podać** |  |
| Centralna instalacja próżniowa:a) z jednym gniazdem poboru,b) z regulatorem siły ssania,c) słojem na wydzielinę 1l,d) przewodem do odsysania o długości min. 1,5m zakończonym łącznikiem do cewników.Centralna instalacja próżniowa jako **parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem elektrycznym, posiadająca przesuw boczny, przechył sterowany elektrycznie o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę (podać markę i model). | **TAK****podać** |  |
| System szyn podłogowych z przesuwnymi panelami umożliwiającymi szybką wymianę lawety w celu przystosowania ambulansu do transportu pacjentów na noszach bariatrycznych, system jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu - **parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****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** |  |
| Torba pediatryczna (podać producenta i model) – 1 szt.:- minimalne wymiary: wys. 36 x szer. 36 x gł. 28 cm,- torba z uproszczoną wersją taśmy Breslowa,- wykonana z materiału odpornego na przecieranie,- konstrukcja powinna umożliwia pranie ręczne lub automatyczne,- spód torby wzmocniony materiałem, wodoodpornym, odpornym na ścieranie,- certyfikowane elementy odblaskowe,- min. 7 torebek segregacyjnych,- minimum jedna duża zewnętrzna kieszeń,- możliwość noszenia w ręku i na ramieniu. | **TAK****podać** |  |
| Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu. | **TAK** |  |
| Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | **TAK** |  |
| Wmontowana dachowa krótka antena radiotelefonu o parametrach:- zakres częstotliwości 168-170 Mhz,- impedancja wejścia 50 Ohm,- współczynnik fali stojącej 1,6,- charakterystyka promieniowania dookólna. | **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****podać** |  |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| Urządzenie do wybijania szyb w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie. | **TAK** |  |
| Dwa trójkąty ostrzegawcze, 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** |  |
| Serwis zabudowy specjalnej (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy) sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego. | **TAK** |  |
| Ambulans wyposażony w ogumienie letnie. | **TAK** |  |
| Fabryczne czujniki ciśnienia w oponach. | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERIWSU I GWARANCJI**
 |
| 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 – 2 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 ręcznie oraz pozycji siedzącej
 | **TAK**  |  |
| Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 90 stopni. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**  | **TAK/NIE****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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**  | **TAK/NIE****Podać**  |  |
| 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** |  |
| 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 – 2 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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| 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. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  Transporter ma mieć możliwość automatycznej blokady goleni w pozycji złożonej (niewymagającej od użytkownika wykonania żadnych czynności tj. Wciskania przycisków zwalniania blokad) oraz możliwość przenoszenia ze złożonymi goleniami. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  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. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  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 +A2. | **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 – 2 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 – 2 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 – 2 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 – 2 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do 85 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 29 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 – 2 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  | **TAK** |  |
| Waga max. 60 g  | **TAK** |  |
| W komplecie bateria, zawieszka oraz etui ochronne. | **TAK** |  |
| 9. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Torbo-plecak reanimacyjny – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wykonany z materiału umożliwiającego mycie i dezynfekcję.
 | **TAK** |  |
| 1. Wymiary 52 cm x 54 cm x 25 cm +/- 5 %.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Objętość min. 55 l
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w minimum 5 zewnętrznych kieszeni
 | **TAK** |  |
| 1. Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. Dodatkowo min. 7 saszetek umożliwiających podgląd zawartości bez otwierania,
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyposażony w ampularium na min. 60 ampułek.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga max. 5,2 kg
 | **TAK** |  |
| 9. 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 – 2 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 4 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** |  |
| Wydłużane teleskopowo rączki przednie. Podpórka pod nogi pacjenta. | **TAK** |  |
| Szerokość min. 50 cm. Nośność min. 180 kg  | **TAK****podać** |  |
| Waga krzesełka max. 12 kg  | **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** |  |
| **Respirator transportowy – 2 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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  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%. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  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** |  |

|  |
| --- |
| **Ambulans typu kontener – 2 sztuki****Pojazd kompletny (ciężarowy): Marka ………………………….………. Typ ………………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…………….…….****Rok produkcji min. 2018 (podać): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...** **Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:.................................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):………………………………………………………………………………………………………………………………****Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….………….….****Rok produkcji min. 2018 (podać): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...** **Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:........................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. DMC oferowanego pojazdu – ambulans drogowy typu C kontener.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. DMC oferowanego pojazdu ≥ 4,0 t **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. **NADWOZIE**
 |
| 1. Pojazd niekompletny (bazowy) typu podwozie z kabiną, z nadwoziem zabezpieczonym antykorozyjnie.
 | **TAK** |  |
| 1. Na podwoziu zamocowany kontener zabezpieczony antykorozyjnie o konstrukcji aluminiowej dodatkowo obustronnie laminowanej. Wymiary zewnętrzne kontenera muszą umożliwiać jazdę z wykorzystaniem standardowych lusterek pojazdu bazowego bez konieczności zastosowania lusterek wstecznych na wysięgnikach. Gwarancja przełożenia kontenera na podwozie pojazdu tego samego modelu i typu.
 | **TAK** |  |
| 1. Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Szyba przednia z przyciemnianym pasem przy górnej krawędzi dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. Półka po stronie pasażera wyposażona w min. 1 szt. gniazdo USB i 1 szt. gniazdo 12V.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy zgodnie z PN EN 1789. Sufitowe lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, wnęka nad przednią szybą na radiotelefon, fotele kierowcy i pasażera wyposażone w regulowane podłokietniki i regulowane oparcia pod plecami oraz regulację wzdłużną. Miedzy fotelami zamontowana szafka z miejscem na dokumenty formatu A4 i drukarkę systemu SWD PRM. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej ADK07F do tabletu Twinhead Durabook R-11 z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kokpitu kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z funkcji kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera. Zamawiający nie dopuszcza jakiejkolwiek innych niż fabryczne perforacji kokpitu i podłogi w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni).
 | **TAK** |  |
| 1. Kontener-lakier w kolorze białym.
 | **TAK** |  |
| 1. Nadwozie przystosowane do przewozu min. 5 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wysokość przedziału medycznego min.1,95 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Długość przedziału medycznego min. 3,00m.

**parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum 3,00 m - **0 pkt.**; największa długość - **5 pkt.**; pozostałe: proporcjonalnie. | **TAK** **podać** |  |
| 1. Szerokość przedziału medycznego min.1,95 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, wys. min.1,80 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą.
 | **TAK** |  |
| 1. Drzwi boczne prawe z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą.
 | **TAK** |  |
| 1. Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane okno.
 | **TAK** |  |
| 1. Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmującym wszystkie drzwi pojazdu.
 | **TAK** |  |
| 1. Drzwi boczne z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi z oświetleniem, zapewniający mocowania:

- 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,- 1 szt. butli tlenowej 2 l z reduktorem,- krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym, - noszy podbierakowych,- deski ortopedycznej dla dorosłych,- deski ortopedycznej dla dzieci,- materaca próżniowego,- szyn Kramera,- kamizelki unieruchamiającej typu KED,- pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę,- min. 2 kasków ochronnych, wraz z dostawą dostarczyć min. 2 kaski,- wyposażenia technicznego (łom, łopata) – wraz z dostawą dostarczyć wyposażenie techniczne. | **TAK****podać** |  |
| 1. Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne dla kierowcy i pasażera, nadokienne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera.
 | **TAK** |  |
| 1. Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem.
 | **TAK** |  |
| 1. Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny pokryty wykładziną antypoślizgową z podświetleniem.
 | **TAK** |  |
| 1. Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Światła boczne pozycyjne.
 | **TAK** |  |
| 1. Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane.
 | **TAK** |  |
| 1. Kamera cofania oraz kamera w przedziale medycznym, wyświetlacz LCD w formie lusterka wstecznego zamontowany w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego elektroniczny system regulacji prędkości obrotowej silnika na postoju w celu doładowania zespołu akumulatorów oraz utrzymania odpowiednich parametrów termicznych w przedziale medycznym, gdy ambulans nie jest w ruchu (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) **– parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Układ wydechowy fabrycznie przedłużony do końca pojazdu przystosowany do pełnienia funkcji samochodu specjalnego sanitarnego.
 | **TAK** |  |
| 1. Przednie reflektory przeciwmgielne z funkcją doświetlania zakrętów.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Parametryzowany moduł specjalny pojazdu bazowego typu PSM, KFG, itp. do którego muszą być podłączone urządzenia elektryczne zabudowy specjalnej (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Radioodtwarzacz CD z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym.
 | **TAK** |  |
| 1. Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący następującymi funkcjami:

- sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),- sygnalizacja graficzna niskiego poziomu naładowania akumulatorów,- sterowanie sygnalizacja uprzywilejowaną,- sygnalizacja niedomknięcia którychkolwiek drzwi ambulansu,- sterowanie układem klimatyzacji, sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnego od pracy silnika,- sygnalizacja podłączenia ambulansu do sieci 230V. | **TAK**  |  |
| 1. Przy dostawie przedmiotu zamówienia dostarczyć komplet dokumentów do rejestracji ambulansów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 | **TAK** |  |
| 1. **SILNIK**
 |
| 1. Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim.
 | **TAK** |  |
| 1. Silnik o pojemności min. 2200 cm³.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Silnik o pojemności 2201 – 2500 cm³ **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 2 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Silnik o pojemności 2501 – 2900 cm³ **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Silnik o pojemności 2901 cm³ i więcej **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Silnik o mocy min. 130 kW.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Silnik o mocy 131-134 kW. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Silnik o mocy 135 – 139 kW. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Silnik o mocy 140 kW i więcej. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Moment obrotowy min. 380 Nm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Moment obrotowy 381-390 Nm. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 2 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Moment obrotowy 391-399 Nm. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Moment obrotowy 400 Nm i więcej. **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Norma emisji spalin Euro 6 lub Euro VI.
 | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| 1. Skrzynia biegów manualna lub automatyczna (Zamawiający nie dopuszcza skrzyni półautomatycznej i zautomatyzowanej).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY I SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA**
 |
| 1. Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny.
 | **TAK** |  |
| 1. Elektroniczny korektor siły hamowania.
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania.
 | **TAK** |  |
| 1. Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane.
 | **TAK** |  |
| 1. System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu.
 | **TAK** |  |
| 1. System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR.
 | **TAK** |  |
| 1. System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny - **parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Asystent wspomagania ruszania pod górę.
 | **TAK** |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| 1. Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia). Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.
 | **TAK** |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| 1. Ze wspomaganiem i regulacją kolumny kierowniczej w dwóch płaszczyznach.
 | **TAK** |  |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA**
 |
| 1. Fabryczne będące wyposażeniem pojazdu bazowego pomocnicze ogrzewanie elektryczne o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,5 kW uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) **- parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna.
 | **TAK** |  |
| 1. 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 zgodnie z PN EN 1789 pkt. 4.5.5.1. (podać markę i model).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Nagrzewnica wodna wpięta w układ chłodzenia silnika o maksymalnej mocy grzewczej min. 6 kW.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. 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. Umożliwiający klimatyzowanie przedziału medycznego zgodnie z PN EN 1789 pkt. 4.5.5.2. (podać markę i model) – przy dostawie dostarczyć raport/protokół z badań potwierdzający zgodność systemów klimatyzacji i ogrzewania z PN EN 1789 dla oferowanej marki i modelu ambulansu)
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Dodatkowy fabryczny wodny dogrzewacz niezależny od pracy silnika o mocy min. 5 kW umożliwiający ogrzewanie przedziału medycznego oraz silnika.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| 1. Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 180 A. **parametr dodatkowo punktowany**.180 Ah - **0 pkt**.; największa wartość - **5 pkt.;** pozostałe: proporcjonalnie.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich.
 | **TAK** |  |
| 1. 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** |  |
| 1. Na zewnątrz pojazdu ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V.
 | **TAK** |  |
| 1. Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V.
 | **TAK** |  |
| 1. 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** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| 1. Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu wypełniona w całej przedniej części i po bokach modułami świetlnymi LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy min. 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany - zmiana modulacji klaksonem, możliwość podawania komunikatów głosowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Sygnalizacja zintegrowana z tylną częścią dachu pojazdu z modułami świetlnymi LED koloru niebieskiego, dodatkowe światła robocze LED do oświetlania przedpola za ambulansem.
 | **TAK** |  |
| 1. Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z panelu sterującego lub manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni.
 | **TAK** |  |
| 1. Dodatkowe sygnały niskotonowe o mocy min. 100W posiadające certyfikat/ homologację zgodności z REG 65lub alternatywną dyrektywą EKG ONZ, załączane na czas pracy od 10 do 30 sekund (podać markę i model oraz numer certyfikatu/homologacji) – sygnały niskotonowe są elementem całopojazdowej homologacji ambulansu oferowanej marki i modelu.

Moc sygnału jako **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum – podać markę i model. 100 W - **0 pkt.**; największa wartość - **5 pkt.**; pozostałe: proporcjonalnie | **TAK****podać** |  |
| 1. Dwie niebieskie lampy LED na wysokości pasa przedniego, barwy niebieskiej, dodatkowe niebieskie lampy LED w błotnikach i lusterkach zewnętrznych.
 | **TAK** |  |
| 1. Po dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu w górnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, 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** |  |
| 1. 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 lub 3 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” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d) na drzwiach bocznych ambulansów nazwa dysponenta ambulansu (do uzgodnienia),e) informacja z logo marki Mazowsze o zrealizowaniu inwestycji przy pomocy dotacji celowej z budżetu Województwa Mazowieckiego (do uzgodnienia z Zamawiającym). | **TAK** |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**
 |
| 1. Oświetlenie zgodne z PN EN 1789+A2 pkt. 4.5.6 oraz charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:
2. światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),
3. oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.),
4. halogen zamontowany nad blatem roboczym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| 1. Przedział medyczny (pomieszczenie dla pacjenta) powinien pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione w zharmonizowanej normie PN EN 1789+A2 lub równoważnej dla ambulansu typu C.
 | **TAK** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do raportu/protokołu z testu zderzeniowego 10g):

- szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, min. trzy szuflady, w jednej z szuflad miejsce i system mocowania drukarki systemu SWD PRM z zasilaniem 12V/230V oraz złączem USB, w dwóch szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki. (Zamawiający dopuszcza mocowanie drukarki w przedziale medycznym, na specjalnej półce przy ścianie grodziowej pod warunkiem wykazania zgodności z PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.9),- dodatkowa szuflada na narkotyki zamykana na klucz,- miejsce na pojemnik na zużyte igły,- wysuwany kosz na odpady, - termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych, - 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 umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od wezgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,- przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. | **TAK****podać** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do raportu/protokołu z testu zderzeniowego 10g):

a/ minimum 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 oraz przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, 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/ butla tlenowa 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 oraz oświetleniem przedziału medycznego. | **TAK****podać** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do raportu/protokołu z testu zderzeniowego 10g):

a) minimum trzy podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów oraz przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b) po szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.), c) system min. dwóch paneli służących do zamocowania sprzętu medycznego (defibrylator, respirator, pompa infuzyjna dwustrzykawkowa). System przesuwu musi odbywać się w każdym momencie eksploatacji,d) szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne,e) nad szafką duży plaski panel informacyjny umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie,f) lodówka sprężarkowa o poj. ok 7 l do transportu leków z możliwością chłodzenia do +4 ºC (+/- 1,5 ºC) z możliwością płynnej regulacji parametrów termicznych i wyświetlaczem aktualnie utrzymanej temperatury, z łatwym dostępem poprzez drzwi wykonane ze stali nierdzewnej otwierane o kąt 180 stopni. | **TAK****podać** |  |
| 1. W przedziale medycznym system mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej o masie do 12 kg zgodny z PN EN 1789.
 | **TAK** |  |
| 1. Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia.
 | **TAK** |  |
| 1. Centralna instalacja tlenowa:

a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze), b) sufitowy punkt poboru tlenu zamontowany w specjalnej wnęce przystosowanej do montażu respiratora, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego, c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi,d) konstrukcja ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. | **TAK****podać** |  |
| 1. Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem elektrycznym, posiadająca przesuw boczny, przechył sterowany elektrycznie o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę (podać markę i model).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Laweta hydropneumatyczna z amortyzacją (tzw. funkcja pływająca) transportowanego pacjenta na noszach jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu - **parametr dodatkowo punktowany**. **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian.
 | **TAK** |  |
| 1. Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu.
 | **TAK** |  |
| 1. Torba pediatryczna (podać producenta i model) – 1 szt.:

- minimalne wymiary: wys. 36 x szer. 36 x gł. 28 cm,- torba z uproszczoną wersją taśmy Breslowa,- wykonana z materiału odpornego na przecieranie,- konstrukcja powinna umożliwia pranie ręczne lub automatyczne,- spód torby wzmocniony materiałem, wodoodpornym, odpornym na ścieranie,- certyfikowane elementy odblaskowe,- min. 7 torebek segregacyjnych,- minimum jedna duża zewnętrzna kieszeń,- możliwość noszenia w ręku i na ramieniu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wmontowana dachowa krótka antena radiotelefonu o parametrach:

- zakres częstotliwości 168-170 Mhz,- impedancja wejścia 50 Ohm,- współczynnik fali stojącej 1,6,- charakterystyka promieniowania dookólna. | **TAK** |  |
| 1. Interkom umożliwiający łączność pomiędzy przedziałem medycznym i kabiną kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. 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****podać** |  |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| 1. Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym.
 | **TAK** |  |
| 1. Urządzenie do wybijania szyb w przedziale medycznym.
 | **TAK** |  |
| 1. W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie.
 | **TAK** |  |
| 1. Dwa trójkąty ostrzegawcze, komplet kluczy, podnośnik samochodowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy”.
 | **TAK** |  |
| 1. Serwis zabudowy specjalnej (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy) sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego.
 | **TAK** |  |
| 1. Ambulans wyposażony w ogumienie letnie.
 | **TAK** |  |
| 1. Fabryczne czujniki ciśnienia w oponach.
 | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERIWSU I GWARANCJI**
 |
| 1. Gwarancja mechaniczna na ambulanse – min. 24 miesiące (bez limitu km).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na perforację pojazdu bazowego – min. 120 miesięcy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na perforację kontenera – min. 120 miesięcy.
 | **TAK****podać** |  |

|  |
| --- |
| **Nosze główne – 2 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 ręcznie oraz pozycji siedzącej
 | **TAK**  |  |
| Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 90 stopni. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**  | **TAK/NIE****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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**  | **TAK/NIE****Podać**  |  |
| 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****podać** |  |
|  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 – 2 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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****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. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| 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. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  Transporter ma mieć możliwość automatycznej blokady goleni w pozycji złożonej (niewymagającej od użytkownika wykonania żadnych czynności tj. Wciskania przycisków zwalniania blokad) oraz możliwość przenoszenia ze złożonymi goleniami. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  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. **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
|  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 +A2. | **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 – 2 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 – 2 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** |  |
| 1. Kompatybilna ze stabilizatorem głowy klockowym.
 | **TAK** |  |
| 1. 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** |  |
| 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. 3 szt. | **TAK****podać** |  |
| 1. Długość min. 1380 mm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Szerokość min. 35 mm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga deski max. 4 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. 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 – 2 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 – 2 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do 85 kPa.
 | **TAK** |  |
| 1. Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości min. 1 litr.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy.
 | **TAK** |  |
| 1. Maksymalny przepływ powyżej 29 l/minutę.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie akumulatorowe zapewniające minimum 40 minut pracy.
 | **TAK** **podać** |  |
| 1. 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 – 2 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** |  |
| 1. Min. 6 różnych możliwości pomiaru.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zakres pomiaru SpO2: min. 70-99 %.
 | **TAK** **podać** |  |
| 1. Zakres pomiaru pulsu: min.30-235 bmp.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zasilanie bateryjne
 | **TAK** |  |
| 1. Waga max. 60 g
 | **TAK** |  |
| 1. W komplecie bateria, zawieszka oraz etui ochronne.
 | **TAK** |  |
| 9. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| **Torbo-plecak reanimacyjny – 4 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wykonany z materiału umożliwiającego mycie i dezynfekcję.
 | **TAK** |  |
| 1. Wymiary 52 cm x 54 cm x 25 cm +/- 5 %.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Objętość min. 55 l
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w minimum 5 zewnętrznych kieszeni
 | **TAK** |  |
| 1. Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. Dodatkowo min. 7 saszetek umożliwiających podgląd zawartości bez otwierania,
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyposażony w ampularium na min. 60 ampułek.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga max. 5,2 kg
 | **TAK** |  |
| 9. 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 – 2 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 4 kółka, min. 2 obrotowe wyposażone w hamulce.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Minimum 2 pasy bezpieczeństwa o regulowanej długości z szybkozłączami.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Min.2 pary rączek tylnych posiadających funkcję opuszczania do dołu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wydłużane teleskopowo rączki przednie. Podpórka pod nogi pacjenta.
 | **TAK** |  |
| 1. Szerokość min. 50 cm. Nośność min. 180 kg
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga krzesełka max. 12 kg
 | **TAK** |  |
| 1. 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** |  |
| **Respirator transportowy – 2 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** |  |
| 1. Konstrukcja respiratora umożliwiająca użycie respiratora podczas badania rezonansem magnetycznym (respirator umieszczony w komorze wraz z pacjentem), maksymalne statyczne pole magnetyczne – 3 tesla.
 | **TAK** |  |
| 1. Respirator umożliwiający wentylację pacjentów od ok. 5 kg masy ciała.
 | **TAK** |  |
| 1. Maksymalna waga samego urządzenie – do 3 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa.
 | **TAK** |  |
| 1. Tryb wentylacji IPPV/CMV.
 | **TAK** |  |
| 1. Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – max. 3 cm H2O.
 | **TAK** |  |
| 1. Wentylacja bierna 100% tlenem – oddech spontaniczny na żądanie z przepływem zależnym od podciśnienia (integralna funkcja respiratora)
 | **TAK** |  |
| 1. Wentylacja manualna z możliwością prowadzenia RKO. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Respirator z niezależną regulacją częstości i objętości oddechowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulacja częstości oddechów z zakresie nie mniejszym niż 8 – 40 oddechów/minutę.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50 - 1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/minutę).
 | **TAK** |  |
| 1. Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O.
 | **TAK** |  |
| 1. Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV: 100% i 60%. **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Manometr ciśnienia w układzie pacjenta.
 | **TAK** |  |
| 1. CPAP płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H20 jako integralna część respiratora.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H20 – PEEP – jako integralna część respiratora lub dodatkowy moduł.
 | **TAK** |  |
| 1. Alarmy:

- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta - niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | **TAK** |  |
| 1. Przepływ gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym 6-42 l/min.
 | **TAK** |  |
| 1. 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** |  |
| 1. 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. |  |  |
| 1. 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** |  |

**Bilans masowy oferowanego ambulansu typu furgon (kolumnę 3 wypełnia wykonawca)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **L.p.** | **Opis** | **jm [kg]** |
| 1 | Masa pojazdu bazowego (podać markę, typ, model) | ……… |
| 2 | Masa osób ……..x75 kg (ilość osób podaje wykonawca zgodnie z SIWZ)Oznacza masę nominalną 75 kg, pomnożoną przez liczbę miejsc siedzących i leżących, łącznie z kierowcą(zgodnie z Rozporządzeniem Komisji UE 1230/2012 dotyczące mas i wymiarów pojazdów silnikowych).Ilość osób należy pomnożyć przez podaną masę w kg. | ……… |
| 3 | Rezerwa masowa na sprzęt medyczny, zgodnie z PN-EN 1789+A2 , typ C = 260 kg | 260 |
| 4 | Masa paliwa (zbiornik paliwa napełniony w 90 %)gęstość oleju napędowego wynoszącego od 0,82 do 0,845 kg/dm3 (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki z dnia 9 października 2015 r. w sprawie wymagań jakościowych dla paliw ciekłych, Dz.U. z 2015 r., poz. 1680)Ilość litrów stanowiących 90% całkowitej pojemności oferowanego zbiornika paliwa należy pomnożyć przez podaną wartość 0,82. | ……… |
| 5 | **Suma pozycji od 1 do 4** | **………** |
| 6 | DMC= …………… kg (zaoferowane przez wykonawcę) | ……… |
| 7 | **Masa oferowanej zgodnie z SIWZ zabudowy specjalnej** | **………** |
| 8 | **Suma pozycji 5 i 7** (Dopuszczalna tolerancja pomiaru ≤ 20 kg.)\* | **………** |

**Bilans masowy oferowanego ambulansu typu kontener (kolumnę 3 wypełnia wykonawca)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| **L.p.** | **Opis** | **jm [kg]** |
| 1 | Masa pojazdu bazowego (podać markę, typ, model) | ……… |
| 2 | Masa osób …….x75 kg (ilość osób podaje wykonawca zgodnie z SIWZ)Oznacza masę nominalną 75 kg, pomnożoną przez liczbę miejsc siedzących i leżących, łącznie z kierowcą (zgodnie z Rozporządzeniem Komisji UE 1230/2012 dotyczące mas i wymiarów pojazdów silnikowych).Ilość osób należy pomnożyć przez podaną masę w kg. | ……… |
| 3 | Rezerwa masowa na sprzęt medyczny, zgodnie z PN-EN 1789+A2 , typ C = 260 kg | 260 |
| 4 | Masa paliwa (zbiornik paliwa napełniony w 90 %)gęstość oleju napędowego wynoszącego od 0,82 kg/dm3 (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki z dnia 9 października 2015 r. w sprawie wymagań jakościowych dla paliw ciekłych, Dz.U. z 2015 r., poz. 1680)Ilość litrów stanowiących 90% całkowitej pojemności oferowanego zbiornika paliwa należy pomnożyć przez podaną wartość 0,82. | ……… |
| 5 | **Suma pozycji od 1 do 4** | **………** |
| 6 | DMC= …………… kg (zaoferowane przez wykonawcę) | ……… |
| 7 | **Masa oferowanej zgodnie z SIWZ zabudowy specjalnej** | **………** |
| 8 | **Suma pozycji 5 i 7** (Dopuszczalna tolerancja pomiaru ≤ 20 kg.)\* | **………** |

\* Wartość podana w kolumnie 3 i wierszu 8 nie może przekraczać DMC zaoferowanych ambulansów ponad przyjętą tolerancję pomiaru. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji podanych wartości podczas odbioru przedmiotu zamówienia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: 305 punktów.

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

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

20 dni i mniej – 2 pkt; 21 - 30 dni – 1 pkt; 31 dni i więcej (do 04.10.2019 r.) – 0 pkt.