**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C – 2 sztuki****Pojazd kompletny: Marka ………………………….………. Typ ………………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…..…………………….……..…….****Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:......................................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):……………………………………………………………………………………………………………………………..……****Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…….……….….****Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:............................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):……………………………………………………………………………………………………………………………….…** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| * 1. DMC do 3,5 tony.
 | **TAK** |  |
| * 1. Dostawa przedmiotu zamówienia na lawecie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
 | **TAK** |  |
| 1. **NADWOZIE**
 |
| Typu furgon zamknięty w kolorze białym (kolor lakieru zgodny z symboliką UE) o wymiarach wnętrza przedziału medycznego, charakteryzujący się wymiarami:* wysokość - min. 185 cm,
* długość - min. 300 cm,
* szerokość - min. 180 cm,

zapewniające możliwość przewożenia 5 osób (wraz z kierowcą), w tym 1 osoby na noszach. | **TAK****podać** |  |
| Drzwi tyłu nadwozia przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierające się pod kątem 260°, wyposażone dodatkowo w ograniczniki położenia skrzydeł oraz w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu, z oknem będącym jednocześnie wyjściem bezpieczeństwa. | **TAK** |  |
| Drzwi boczne lewe przesuwne za którymi znajduje się zewnętrzny schowek na deskę ortopedyczną, nosze zbierakowe, krzesełko kardiologiczne, materac próżniowy oraz dwie butle tlenowe 10 l.  | **TAK** |  |
| Stopień tylny stanowiący jednocześnie zderzak ochronny. | **TAK** |  |
| Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem.  | **TAK** |  |
| 1. **SILNIK**
 |
| Wysokoprężny (turbo-diesel) o pojemności min. 2200 cm³ z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa o mocy minimum 175 KM. | **TAK****podać** |  |
| Zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną jazdę w ruchu miejskim. | **TAK** |  |
| Moment obrotowy minimum 400 NM. | **TAK****podać** |  |
| Silnik nie wymagający dodatkowej obsługi uzupełniania płynu AdBlue podczas jego eksploatacji **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Norma emisji spalin aktualnie obowiązująca w Europie.  | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| Skrzynia biegów manualna, synchronizowana z napędem na koła przednie lub na wszystkie koła. | **TAK** |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY, KIEROWNICZY I KOŁA**
 |
| Hamulce tarczowe obu osi pojazdu, ze wspomaganiem, z układem zapobiegającym blokowaniu kół podczas hamowania oraz elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy. | **TAK** |  |
| Układ kierowniczy ze wspomaganiem oraz regulowaną kolumną kierownicy. | **TAK** |  |
| Obręcze kół szerokie, opony radialne. | **TAK** |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| Zawieszenie charakteryzujące się komfortem jazdy, gwarantujące w trudnym terenie dobrą przyczepność kół do nawierzchni jezdni, stabilność i dobrą manewrowość.  | **TAK** |  |
| Fabryczne drążki stabilizujące osi przedniej i tylnej. **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. **OGRZEWANIE, WENTYLACJA I KLIMATYZACJA**
 |
| Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230V o mocy min. 2000 W. | **TAK****podać** |  |
| Niezależne ogrzewanie od silnika przedziału medycznego powietrzne o mocy min. 5 kW, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem. | **TAK****podać** |  |
| Nagrzewnica wodna w przedziale medycznym zależna od pracy silnika. | **TAK** |  |
| Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna. | **TAK** |  |
| Dwuparownikowa klimatyzacja automatyczna z niezależną regulacją chłodzenia i siły nawiewu kabiny kierowcy i przedziału medycznego. Rozprowadzenie powietrza w na całej długości dachu: minimum sześć wylotów dwa w przedniej części, dwa w środkowej oraz dwa w tylnej części przedziału medycznego. | **TAK****podać** |  |
| System sterujący i nadzorujący instalację elektryczną zabudowy pojazdu wyposażony w:* wyświetlacz dotykowy o przekątnej ekranu min. 7 cali, przystosowany do pracy w niskich temperaturach, umieszczony w przedziale medycznym,
* funkcję włączania/wyłączania oświetlenia wewnętrznego (rozproszonego i punktowego) w przedziale medycznym,
* funkcję włączania/wyłączania oświetlenia zewnętrznego wraz z sygnalizacją działania,
* funkcję zegara z prezentacją aktualnej daty i godziny,
* funkcję termometru z prezentacją aktualnej temperatury wewnątrz i na zewnątrz pojazdu,
* funkcję obrazującą otwarcie/niedomknięcie drzwi przesuwnych oraz drzwi tylnych,
* funkcję wyświetlania stanu naładowania akumulatorów wraz z sygnalizacją graficzną i dźwiękową stanu alarmowego,
* zabezpieczenie zapobiegające uszkodzeniu akumulatorów poprzez nadmierne rozładowanie,
* funkcję sterowania ogrzewaniem oraz klimatyzacją przedziału medycznego z możliwością regulacji temperatury co 1° Celsjusza w zakresie od 15 do 26 stopni,
* funkcję sterowania wentylatorem,
* funkcję sterowania termoboxem,
* funkcję zaprogramowania uruchomienia ogrzewania o określonej porze,
* funkcję monitorowania prawidłowości działania odbiorników elektrycznych wchodzących w skład zabudowy pojazdu.

 Drugi tożsamy panel o przekątnej 5 cali zamontowany w kabinie kierowcy umożliwiający łatwe sterowanie przez kierowcę usytuowany w środkowej części konsoli deski rozdzielczej | **TAK****podać** |  |
| Okno dachowe z roletą przeciwsłoneczną i moskitierą. | **TAK** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| Alternator zapewniający odpowiednio dużą moc (min. 200A), ładowania zespołu akumulatorów o pojemności wystarczającej do zasilania wszystkich odbiorników nawet przy krótkotrwałym wyłączeniu silnika. | **TAK****podać** |  |
| Zespół dwóch akumulatorów do zasilania wszystkich odbiorników prądu, o łącznej pojemności nie mniejszej niż 200 Ah, w tym jeden żelowy. | **TAK****podać** |  |
| Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:* minimum dwa gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz,
* zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V,
* wyłącznik przeciwporażeniowy,
* układ służący do ładowania akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V,
* przewód zasilający zewnętrzny o długości min. 5 m (gniazdo i wtyk o małych gabarytach).
 | **TAK****podać** |  |
| Instalacja dla napięcia 12V i oświetlenie przedziału medycznego:* posiadająca co najmniej 4 gniazda 12V poboru prądu umiejscowione na lewej ścianie,
* posiadająca minimum 6 punktów oświetlenia rozproszonego,
* posiadająca minimum 2 punkty oświetlenia halogenowego z regulacją kąta umieszczone nad noszami,
* bezpieczniki zabezpieczające odbiorniki w przedziale medycznym należy oznakować czytelnie-opis.
 | **TAK****podać** |  |
| Oświetlenie specjalne:* przenośny akumulatorowy reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji,
* szperacz w kabinie kierowcy na elastycznym przewodzie,
* dwa halogeny po lewej i dwa po prawej stronie pojazdu oraz dwa w tylnej części dachu sterowane zarówno z kabiny kierowcy, jak i z przedziału medycznego.
 | **TAK** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| Belka świetlna wyposażona w modułu LED w kolorze niebieskim zamontowana w przedniej części dachu pojazdu. | **TAK** |  |
| 2 niebieskie lampy pulsacyjne w technologii LED, zamontowane na wysokości pasa przedniego pojazdu.  | **TAK** |  |
| Lampa typ LED zintegrowana z dachem pojazdu umieszczona w tylnej części pojazdu. | **TAK** |  |
| Sygnały dźwiękowe modulowane o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem (zmiana modulacji klaksonem). | **TAK** |  |
| Lampy pulsacyjne w kolorze żółtym zamontowane w szkielecie drzwi tylnych z cyklem pulsowania jak światła awaryjne po otwarciu drzwi tylnych. | **TAK** |  |
| Oznakowanie pojazdu zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 18.10.2010 r:a) 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonane z folii:- typu 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,- typu 1 lub3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm umieszczony wokół dachu,- typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),b) nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;c) po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” lub „P” (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d) na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta ambulansu.Przed wykonaniem oklejenia wymagane jest przedstawienie projektu do akceptacji Zamawiającego. | **TAK** |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI**
 |
| Antena radiotelefonu zamontowana na dachu pojazdu, spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości 150-170 MHz,- impedancję wejścia 50Ohm,- współczynnik fali stojącej do 1,6,- polaryzację pionową,- charakterystykę promieniowania - dookólna,- odporność na działanie wiatru 55m/s. | **TAK** |  |
| Radiotelefon przewoźny analogowo-cyfrowy z wyświetlaczem alfanumerycznym posiadający:* aktualną homologację,
* zakres częstotliwości 150-170 MHz,
* liczbę kanałów min. 100, z kodami CTCSS z jednoczesną pracą simpleksową i duosimpleksową ze skanowaniem kanałów analogowych i cyfrowych,
* możliwość wysyłania statusów,
* rodzaj modulacji F3,
* odporność na intermodulację 65 dB,
* selektywność sąsiedniokanałowa 60 dB,
* odstęp międzykanałowy 12,5 kHz,
* zasilanie 12 do 14,5 V (z uziemionym minusem),
* zasilanie radiotelefonu z układu elektrycznego silnika samochodu.
 | **TAK****podać** |  |
| Radiotelefon przenośny analogowo - cyfrowy z ładowarką posiadający:- aktualną homologację,- zakres częstotliwości 150-170 MHz- liczbę programowanych kanałów min. 100,- odstęp międzykanałowy 12,5 kHz,- zasilanie: akumulator- trwałe zamocowanie ładowarki radiotelefonu w kabinie kierowcy zabezpieczające przed wilgocią pochodzącą z błota i śniegu- dostawca zobowiązany jest do dostarczenia aktualnego oprogramowania do instalowanych radiotelefonów pokładowego i przenośnego na nośniku. | **TAK****podać** |  |
| Instalacja systemu SWD-PRM. Montaż urządzeń i zasilania i sterowania  systemem SWD-PRM. Moduł nawigacyjny kompatybilny z systemem SWD PRM dostarczy wykonawca ambulansu. Moduł GPS ma być zamontowany w miejscu łatwo dostępnym dla serwisu. Wszystkie wymagane napięcia i sygnały dla urządzeń SWD będą wyprowadzone w uzgodnionych z Zamawiającym miejscach zgodnie z poniższym zestawieniem:- stałe napięcie zasilania 12-18 V przed wyłącznikiem zapłonu, zabezpieczenie 0,5 A- sygnał wejściowy działania sygnalizacji świetlnej (koguty) ( poziom 10-14 V)- sygnał wejściowy działania sygnalizacji dźwiękowej (poziom 10-14 V)- sygnał po włączeniu zapłonu (poziom10-14 V)- analogowy sygnał poziomu paliwa w zbiorniku (może być w zakresie nie większym niż 0-12 V).Anteny GPS/GPRS montowane na dachu pojazdu, jedna antena podłączona do modułu nawigacyjnego, a druga do portu dokującego tablet.Uchwyt do drukarki atramentowej HP Office Jet 100 Mobile Printer dostarcza Wykonawca. Uchwyt dokujący dostarczony przez Wykonawcę ambulansu należy zainstalować w przedziale medycznym na konstrukcji wykonanej przez Wykonawcę.Napięcia i sygnały dla drukarki:- stałe napięcie zasilania (poziom 12-14 V) z  zabezpieczeniem 8 A. Ww. zasilanie tylko przy włączonym silniku lub po podłączeniu ambulansu do zasilania zewnętrznego z sieci 230V,- kabel USB łączący tablet z drukarką z zapasem co najmniej 30 cm z każdej strony.Port dokujący do tabletu DURABOK R 11 dostarcza Wykonawca. Port dokujący do tabletu R 11 dostarczy i zainstaluje Wykonawca. Należy go zamontować między pasażerem, a kierowcą w miejscu umożliwiającym przejście pasażera do przedziału medycznego. Mocowanie portu dokującego na konstrukcji wykonanej przez wykonawcę. Stałe napięcie zasilania  (poziom 12-14 V) z zabezpieczeniem 10 A. Ww. zasilanie tylko przy włączonym silniku lub po podłączeniu ambulansu do zasilania zewnętrznego z sieci 230V. Antena GPS/GPRS – podłączona do portu dokującego tablet.  | **TAK** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| Wyposażenie powinno być zamontowane w sposób bezpieczny, uniemożliwiający ich uszkodzenie lub zranienie osób poruszających się w pojeździe. | **TAK** |  |
| Przedział medyczny oddzielony od przedziału kierowcy ścianą wzmocnioną, izolowaną z drzwiami przesuwnymi z możliwością przejścia. | **TAK** |  |
| Jeden fotel obrotowy z regulowanym oparciem, z zagłówkiem, z możliwością złożenia siedziska do oparcia, wyposażony w bezwładnościowe pasy  bezpieczeństwa o trzech punktach kotwiczenia. | **TAK** |  |
| Fotel obrotowy przy przegrodzie dzielącej przedział medyczny z przedziałem kierowcy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy i wyposażony w zagłówek oraz bezwładnościowy pas bezpieczeństwa o trzech punktach kotwiczenia. | **TAK** |  |
| Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie noszy głównych, pokryta wykładziną antypoślizgową, łatwozmywalną, połączona szczelnie z pokryciem boków uniemożliwiająca przeciekanie cieczy przy myciu wnętrza pojazdu. | **TAK** |  |
| Wzmocniona konstrukcja ścian umożliwiająca montaż wyposażenia medycznego. | **TAK** |  |
| Ściany i sufit pokryte materiałami antystatycznymi, niepalnymi, nietoksycznymi i łatwo zmywalnymi. | **TAK** |  |
| Izolacja dźwiękowo-termiczna przedziału medycznego (ściany, sufit, drzwi). | **TAK** |  |
| Okna przedziału medycznego zmatowione do 2/3 wysokości. | **TAK** |  |
| Centralna instalacja tlenowa:* z 2 butlami (każda 10 l tlenu),
* z reduktorami,
* minimum 3 gniazda poboru tlenu monoblokowe typu panelowego.
 | **TAK****podać** |  |
| Półki, szafki wykonane z materiału, łatwo zmywalnego, nietoksycznego, bez ostrych krawędzi z bezpiecznym zamknięciem uniemożliwiającym niekontrolowane otwarcie się w czasie jazdy, w tym:* na ścianach bocznych zestawy szafek (w tym jedna zamykana na klucz),
* szafka w narożniku ściany lewej z roletą i miejscem na leki, wyposażona w plastikowe pojemniki ułatwiające przechowywanie leków.
 | **TAK** |  |
| Sufitowy uchwyt do płynów infuzyjnych – min. 2 szt. o minimalnym udźwigu 5 kg. | **TAK****podać** |  |
| Szyna typu Modura o długości 30 cm na ścianie lewej. | **TAK** |  |
| Sufitowy uchwyt dla personelu montowany wzdłuż przedziału medycznego. | **TAK** |  |
| Urządzenie do utrzymywania odpowiedniej temperatury płynów infuzyjnych z termostatem i wskaźnikiem temperatury. | **TAK** |  |
| Laweta (podstawa pod nosze główne) z przesuwem bocznym min. 30 cm, wysuwem na zewnątrz przedziału medycznego z jednoczesnym pochyłem umożliwiającym łatwe wprowadzenie noszy do ambulansu, z możliwością przechyłu lawety wraz z noszami do pozycji Trendelenburga w trakcie jazdy pojazdu, posiadająca oznaczenie zgodności CE nośność min. 200 kg (podać markę i model). | **TAK****podać** |  |
| Przed przystąpieniem do realizacji zabudowy medycznej należy przedstawić Zamawiającemu do akceptacji wizualizację projektu. | **TAK** |  |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| Dwie gaśnice p.poż. (po jednej w przedziale medycznym i kierowcy). | **TAK** |  |
| Młotek do wybijania szyb i nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | **TAK** |  |
| Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka wsteczne. | **TAK** |  |
| Poduszka powietrzna dla kierowcy i dla pasażera, boczne poduszki. | **TAK** |  |
| Przednie światła przeciwmgielne (fabryczne). | **TAK** |  |
| Radioodtwarzacz + głośniki. | **TAK** |  |
| Światła fabryczne LED do jazdy dziennej. | **TAK** |  |
| Przystosowanie do montażu systemu SWD wraz z mocowaniem drukarki w przedziale medycznym. | **TAK** |  |
| Ambulans dostarczony na oponach zimowych. | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI**
 |
| Gwarancja na bezusterkową eksploatację ambulansu: min. 24 miesiące (bez limitu kilometrów) od daty podpisania protokołu odbioru ambulansu, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – minimum 24 miesiące, okres liczony od daty dostarczenia pojazdu Zamawiającemu. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na perforację – minimum 120 miesięcy. Okres liczony od daty dostarczenia pojazdu Zamawiającemu. | **TAK****podać** |  |
| Gwarancja na zabudowę medyczną – minimum 24 miesiące. Okres liczony od daty dostarczenia pojazdu Zamawiającemu. | **TAK****podać** |  |
| Dokonywanie w okresie gwarancji bezpłatnych przeglądów i bezpłatnych napraw zgodnych z instrukcją obsługi producenta ambulansu i zabudowy. | **TAK** |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin W dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| W okresie gwarancji w przypadku awarii wyłączającej ambulans z systemu ratownictwa medycznego, Wykonawca jest zobowiązany do podstawienia sprawnego ambulansu typu C w ciągu 7 dni od momentu zgłoszenia awarii do jej usunięcia lub pokrycia kosztów wynajmu ambulansu zastępczego przez Zamawiającego. | **TAK** |  |
| W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **TAK** |  |
| Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela (podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych). | **TAK****podać** |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | **Zakup** w formie leasingu operacyjnego, z opcją wykupu, 2 ambulansów z wyposażeniem medycznym | kpl. | 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |

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

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

|  |
| --- |
| **Zakup w formie leasingu operacyjnego, z opcją wykupu, 2 ambulansów z wyposażeniem medycznym** |
| Czas trwania leasingu | 36 miesięcy, leasing operacyjny z zastosowaniem stałej stopy procentowej |
| Wpłata początkowa maksimum do 10% wartości ambulansu:(obejmująca wartość ambulansu z wyposażeniem medycznym) |  ……………..........… %tj. ………....................…. PLN (2 szt.) |
| Opłata manipulacyjna – administracyjna(jeśli występuje) |  ……………..........… %tj. ………....................…. PLN (2 szt.) |
| Miesięczny czynsz leasingowy:(35 równych rat leasingowych) |  ……………..........… %tj. ………....................…. PLN (2 szt.) |
| Miesięczny czynsz leasingowy:(ostatnia rata leasingowa/wyrównawcza) |  ……………..........… %tj. ………....................…. PLN (2 szt.) |
| Wykup ambulansu:(pożądany jak najniższy, nie więcej niż 1%) |  ……………..........… %tj. ………....................…. PLN (2 szt.) |
| Całkowity koszt leasingu:Zawiera wszystkie opłaty: Wpłatę początkową, opłatę manipulacyjną - administracyjną, wszystkie czynsze leasingowe w ciągu całego okresu trwania leasingu, wykup ambulansów, podatek VAT. |  ………………..........%tj. netto …..………………. PLN (2 szt.)VAT ……………………... PLN (2 szt.)brutto …..………………… PLN (2 szt.) |