**Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ……………..……………..

Rok produkcji min. 2023: ………………………………………..

Nazwa i adres producenta: ……………………………………………………………………………….

Ambulans ma spełniać wymagania aktualnej normy PN EN 1789 w zakresie ambulansu typu C, sprzęt medyczny ma spełniać wymagania aktualnej normy PN EN 1865 (lub norm równoważnych).

Ambulans ma posiadać certyfikat oraz raport/protokół z badań potwierdzający pozytywnie przeprowadzone dynamiczne badania wytrzymałościowe (kompleksowe testy zderzeniowe całego ambulansu a nie poszczególnych jego elementów) wykonane przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z normą PN-EN 1789.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wymagane parametry*** | ***Oferowane parametry (opisać krótko zastosowane rozwiązanie/parametry)*** |
| **1. Nadwozie**- typu furgon, oryginalny, metalowy, wysoki dach, z izolacją dźwiękowo -termiczną,- ambulans umożliwiający przewóz 4- ech osób w pozycji siedzącej (z kierowcą) i jednej osoby w pozycji leżącej (na noszach) - wymiary wnętrza przedziału medycznego:wysokość min. 1850 mm.szerokość min. 1500 mm.długość min. 2800 mm.- drzwi tylne wysokie, przeszklone, dwuskrzydłowe obejmujące całą ścianę tylne, otwierane na boki do kąta 250, o wysokości min. 1500 mm, wyposażone w ograniczniki blokady położenia skrzydeł przy kącie otwarcia 90, z zamontowanymi na wewnętrznych szkieletach pulsującymi światłami awaryjnymi, włączającymi się samoczynnie w momencie, gdy skrzydła zostają wychylone poza skrajnię pojazdu,- drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu, z szybą otwieraną lub dzieloną przesuwne, ze stopniem stałym wewnętrznym lub wysuwanym zewnętrznym- miejsce do przewozu sprzętu medycznego tj. krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, deski ortopedycznej oraz butli tlenowych wraz z reduktorami (podać oferowane rozwiązanie)- szyby okien przedziału medycznego dowysokości 2/3 wysokości pokryte folią półprzezroczystą- szeroki stopień wejściowy tylny-  nadwozie lakierowane w kolorze żółtym-  centralny zamek na wszystkie drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem sterowanym pilotem-  ściany boczne nadwozia odpowiednio wzmocnione na **całej ich powierzchni** i przystosowane do montażu innego wyposażenia-  izolacja termiczna i akustyczna ścian-  dopuszczalna masa całkowita (DMC) ambulansu do 4500 kg. |  |
| **2. Silnik - zespół napędowy**- elastyczny, z zapłonem samoczynnym z doładowaniem z systemem Common Rail-   moc silnika powyżej 160 KM- moment obrotowy powyżej 320 Nm - system elektronicznego serwisowania informujący oraz obliczający w zależności od sposobu oraz warunków eksploatacji ilość kilometrów do następnego przeglądu serwisowego-   podgrzewacz paliwa przed filtrem paliwa-   grzałka 230V w bloku silnika umożliwiająca podgrzanie silnika przed jego rozruchem lub system rozruchu w niskich temperaturach wbudowany w blok silnika, jednak działanie tego systemu musi być niezależne od wewnętrznych źródeł zasilania występujących w pojeździe. Zarówno grzałka jak i inny system musi spełniać nie tylko funkcję ułatwiania rozruchu silnika ale również utrzymywać temperaturę silnika zbliżoną do temperatury pracy w czasie gotowości wyjazdowej karetki przy niskich temperaturach.- winny to być jednostki nowoczesne, spełniające wymogi normy Euro 6 lub Euro VI, najnowszej generacji zapewniające łatwy rozruch w każdych warunkach atmosferycznych oraz zapewniające odpowiednie przyśpieszenie pozwalające na sprawną pracę silnika w ruchu miejskim (wykonawcy proszeni sąo podanie dokładnego opisu) |  |
| **3. Zespół napędowy**- skrzynia biegów automatyczna lub manualna synchronizowana: min 5 biegów + bieg wsteczny- napęd 4x4- system zapobiegający poślizgowi kół przy ruszaniu typu ASR, TCS, itp. |  |
| **4.** **Zawieszenie**- ze stabilizatorem osi przedniej, stabilizatorem osi tylnej lub zawieszeniem hydropneumatycznym (pneumatycznym) ze stabilizacją, gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie (kręte drogi i strome wzniesienia) oraz odpowiedni komfort transportu chorego.- dodatkowy komplet kół z oponami zimowymi (4 szt.) na felgach stalowych. Pojazd ma być dostarczony na oponach letnich. |  |
| **5. Układ hamulcowy**- ze wspomaganiem- hamulce tarczowe kół osi przedniej- hamulce osi tylnej tarczowe- układ zapobiegający poślizgowi i blokadzie kół przy hamowaniu typu ABS, - elektroniczny asystent układu hamulcowego BAS |  |
| **6. Układ kierowniczy**- ze wspomaganiem- mała obrysowa średnica zawracania (między ścianami) zgodnie z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresie niezbędnego wyposażenia (Dz.U. Nr 32 poz. 262 z dnia 31.12.2002r. z późn. zm.) |  |
| **7. Ogrzewanie i wentylacja**- automatyczne urządzenie grzewcze niezależne od pracy silnika, wodne (nie powietrzne) z programatorem czasowym umożliwiającym ogrzanie kabiny kierowcy i przedziału medycznego oraz rozgrzanie silnika przed jego rozruchem- 2 termowentylatory zasilane z sieci zewnętrznej 230V z zabezpieczeniem przeciwpożarowym z płynną regulacją temperatury i termostatem zamontowane po jednym z przodu i z tyły przedziału medycznego- mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca wymianę powietrza minimum 20 razy na godzinę w czasie postoju pojazdu (proszę podać markę, model, oraz wydajność wentylatora w m3 /godz. )- dwuparownikowa klimatyzacja przedziału medycznego i kabiny kierowcy z niezależnymi (oddzielnymi) panelami sterującymi. |  |
| **8. Instalacja elektryczna**-  zespół akumulatorów o odpowiednio dużej pojemności do zasilania wszystkich odbiorników prądu, w tym sprzętu medycznego nawet przy wyłączonym silniku min. 120 AH-  alternator zapewniający prawidłową pracę układu elektrycznego o podwyższonej mocy min 1600 W zapewniający ładowanie zespołu 2 akumulatorów o wydajności min. 120 A-  układ zasilania zewnętrznego o napięciu 230V 50Hz, spełniającego następujące wymagania:•       Pokrywającego zapotrzebowanie na energię elektryczną wszystkich urządzeń ambulansu•       Posiadające zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu•       Posiadające zabezpieczenie różnicowo-prądowe- instalacja 230V zasilona niezależnie przez falownik z akumulatora, trzy gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz, spełniające powyższe wymagania-  układ prostowniczy automatycznie doładowujący na postoju zespół akumulatorów przy podłączeniu 230V, układ ładowania akumulatora zasilającego przedział medyczny podczas postoju przy wyłączonym silniku (specjalistyczna ładowarka z systemem kontroli prądu ładowania) zapewniający skuteczne naładowanie akumulatora do zapewnienia co najmniej 1 godzinnej pracy urządzeń przedziału medycznego na akumulatorze (oświetlenie, pompa infuzyjna, defibrylator, podgrzewacz płynów infuzyjnych)- cztery gniazda 12V poboru prądu typu lexel wraz z podwójnym kompletem wtyków umiejscowione na ścianie lewej, w tym jedno dla dużego poboru mocy, przewód elektryczny o odpowiednio dużym przekroju - oświetlenie punktowe z trzech stron pojazdu po dwie lampy na stronie do oświetlenia pola akcji - centralka bezpieczników w kabinie kierowcy z łatwym dostępem z zabezpieczeniem każdego gniazda i odbiornika prądu oddzielnym bezpiecznikiem w przedziale medycznym, z załączonym i umieszczonym na stałe opisem - w pobliżu centralki (opis musi informować jakie odbiorniki zabezpieczają poszczególne bezpieczniki)- na instalację elektryczną 230V w pojeździe powinien być dostarczony protokół na skuteczność zerowania i rezystancji wraz z dostarczonym ambulansem. |  |
| **9. Sygnalizacja i oznakowanie pojazdu**Zgodnie z wymaganiami przepisów o ruchu drogowym**-** belka świetlna typu LED z min. dwoma punktami świetlnymi w kolorze niebieskim typu LED, zamontowana w przedniej części dachu pojazdu z podświetlanym szyldem „AMBULANS” zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019r., umożliwiająca podawanie komunikatów głosem , sygnał dźwiękowy modulowany o dużej mocy min. 100 W- lampa LED zamontowana w tylnej części dachu pojazdu- dwie lampy LED pulsacyjne w kolorze niebieskim zamontowane na wysokości pasa przedniego- dodatkowe sygnały pneumatyczne dwutonowe (umożliwiające pracę ciągłą) – zabezpieczone przed zabrudzeniami typu błoto lub śnieg- dwa pasy z folii odblaskowej barwy niebieskiej i czerwonej wzdłuż pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia zgodnie z ROZPORZADZENIEM Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019r.- napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu z folii niebieskiej odblaskowej zgodnie z ROZPORZADZENIEM Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019r.- oznakowanie typu ambulansu – odpowiedniej wielkości, wykonane z folii odblaskowej w kolorze czerwonym literą „P” wpisanej w okrąg na bokach pojazdu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019r.- krzyże św. Andrzeja w kolorze niebieskim na bokach z przodu, na dachu i na drzwiach tylnych pojazdu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010r.- Nazwa właściciela pojazdu „Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.” po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych, (wielkości liter i rodzaj czcionki do uzgodnienia po podpisaniu umowy), a także nazwę Instytucji Pośredniczącej w finansowaniu – jeśli dotyczy  |  |
| **10. Przedział medyczny:** |  |
| **1. Wymagania ogólne:**- wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne- podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian- ściany boczne, sufit pokryte materiałami antystatycznymi, niepalnymi, nietoksycznymi i łatwo zmywalnymi (gładkie nieporowate powierzchnie) w kolorze białym o bardzo dużej trwałości na uszkodzenia mechaniczne i zmianę barwy- kabina kierowcy połączona przejściem z przedziałem medycznym, istnieje możliwość oddzielenia optycznego obu przedziałów- wzmocniona konstrukcja ścian bocznych - płytami na całej ich powierzchni, umożliwiająca montaż dodatkowego sprzętu i urządzeń medycznych w dowolnym miejscuZamontowanie przez użytkownika dodatkowego sprzętu i urządzeń nie skutkuje utratą gwarancji na zabudowę przedziału medycznego,- zabezpieczenie urządzeń oraz elementów wyposażenia przed ewentualnym przesunięciem w czasie ruchu pojazdu, z jednoczesna gwarancją łatwości dostępu i użycia |  |
| **2. Oświetlenie**- silne, energooszczędne światło jarzeniowe, każda z własnym przetwornikiem zamontowane w suficie przedziału medycznego (min. 6 punktów świetlnych lub oświetlenie ledowe w profilu przez całą długość przedziału medycznego)- oświetlenie halogenowe punktowe regulowane zamontowane w suficie nad noszami min. 2 punkty |  |
| **3. Zabudowa**Półki i schowki na sprzęt medyczny i sanitarny zatrzaskowe zabezpieczone przed otwarciem w czasie jazdy.**Ostateczne rozmieszczenie szafek i elementów zabudowy zostanie uzgodnione z wybranym Wykonawcą****a)** lewa ściana zespół szaf i półek:-  schowek na wyposażenie ortopedyczne-  pozioma, zamykana szafka pod sufitem na całej długości przedziału otwierana tak, jak zwykła szafka (nie przesuwane szyby)-  szyna do mocowania sprzętu medycznego mocowana w 4 punktach na lewej ścianie zamontowana w sposób pozostawiający przestrzeń do zamontowania aparatury medycznej np. defibrylator, respirator,-  uchwyt rurowy do zamontowania pompy infuzyjnej-  zamknięcia szuflad i szafek zatrzaskowe**b)** ściana działowa:-  zabudowa zawierająca szuflady, półki, schowki,-  łatwozmywalny blat roboczy,-  kosz na odpady z możliwością zakładania worka na odpady w przedniej części przedziału medycznego oraz miejsce z uchwytami na torby lub walizki standardowe z natychmiastowym dostępem od strony przedziału medycznego oraz wysuwną szafę przy lewej ścianie z demontowanymi pojemnikami na środki medyczne o wysokości min. 145 cm**c)** inne elementy zabudowy-  uchwyt do defibrylatora spełniający normę PN-EN 1789+A2:2015-01 lub równoważną, -  uchwyt do respiratora transportowego (Zamawiający posiada respirator medumat standard 2)-  uchwyt do pompy infuzyjnej (Zamawiający posiada pompę infuzyjną Medima)-  uchwyty do pojemników wszystkich stosowanych rodzajów z płynem infuzyjnym w suficie - tylko z rzepami lub gumą.Wszystkie uchwyty na sprzęt medyczny montowane do szyny na ścianie przedziału medycznego. Uchwyty mają mieć możliwość demontażu oraz przesuwu wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia sprzętu medycznego przez użytkownika. Uwaga: Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego.**-** urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych o wymiarach: wys. 25cm., szer. 20cm., dł. 40cm.- uchwyt centralny dla zespołu ratowniczego w suficie przedziału medycznego + uchwyt przy drzwiach bocznych i tylnych ułatwiający wsiadanie- instalacja tlenowa zakończona znormalizowanymi szybkozłączami typu AGA stosowanymi w homologowanych samochodach sanitarnych odpornych na wstrząsy i niską temperaturę co najmniej 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej o konstrukcji umożliwiającej bezpośrednie podłączenie dozownika tlenu z nawilżaczem i jedno w suficie centralnie nad noszami-     reduktory do butli tlenowych - 2 szt., przygotowane miejsce i mocowania na 2 szt. znormalizowanych butli 10 ltr.-     Dwie butle tlenowe 10 l przystosowane do montażu w karetce-     Dwie butle aluminiowe o pojemności od 2do 3 l wraz z reduktorem i dozownikiem każda-     centralna instalacja próżniowa z jednym punktem poboru na lewej ścianie + 1 ltr. pojemnik na wydzielinę z uchwytem ściennym, przewód pacjenta dł. min 1,5 m zakończony oliwką- miejsce w zabudowie meblowej na drukarkę laserową wraz z możliwością podłączenia jej do instalacji 230V podczas jazdy.- min jeden fotele w tym przynajmniej jeden obrotowy na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami jeden fotel ze składanym do pionu siedziskiem za głową pacjenta mocowany u wezgłowia noszy lub na ścianie działowej z biodrowymi bezwładnościowymi pasami bezpieczeństwa oraz zagłówkiem**Uwaga ! Tapicerka foteli w przedziale medycznym w jednolitym ciemnym kolorze****-** dodatkowa gaśnica-   urządzenie do wybijania szyb- nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa |  |
| **4. Nosze główne wraz z transporterem o parametrach minimalnych podanych poniżej:**- przystosowane do reanimacji z płynną regulacją tułowia oraz pozycją przeciwwstrząsową i zmniejszająca napięcie mięśni brzucha- wysuwane uchwyty do przenoszenia- możliwość ustawienia noszy na transporterze przodem lub tyłem do kierunku jazdy z bezpiecznym błyskawicznym łączeniem z transporterem.- wyposażone w konturowy materac i komplet pasów szelkowych oraz pasy do mocowania nóg.- Transporter wielopoziomowy z niezależna regulacją przedniej i tylnej części – 6 poziomów- automatyczny system składania podwozia uruchamianym dźwignią (bądź równoważnie) zapewniający w sposób łatwy załadunek do ambulansu, wyposażony w automatycznie 4 skrętne kółka z blokadą jazdy na wprost, 2 kółka z bezpiecznymi hamulcami, możliwość prowadzenia noszy bokiem.- Dopuszczalne obciążenie transportera 225 kg- Nosze spełniające wymogi normy unii europejskiej EN 1865Do oferty dołączyć folder oraz dokument potwierdzający przeprowadzenie badań wytrzymałościowych na min. 10 G oferowanych noszy i transportera.**Przeglądy w okresie trwania gwarancji** (**dotyczy noszy głównych i transportera**) na koszt Wykonawcy, łącznie z kosztami dojazdu serwisu (co najmniej 1 przegląd rocznie). Jeżeli Wykonawca wymaga przesłania urządzenia na czas przeglądu do siedziby serwisu zobowiązany jest do dostarczenia zamawiającemu urządzenia zastępczego przed wysyłką aparatu. |  |
| **5. Stół medyczny pod nosze główne o parametrach minimalnych:**•   z możliwością wysuwu na zewnątrz,•   ze stali nierdzewnej z przesuwem bocznym (od osi pojazdu) i możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga w trakcie transportu chorego,•   z możliwością dostępu do noszy z trzech stron |  |
| **6. Sprzęt medyczny o parametrach minimalnych:** |  |
| **6.1. Ssak elektryczny (podać markę i model),** o parametrach minimalnych:a/ zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu, ładowanie akumulatora z sieci 12V ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 30 minut pracy ciągłej z max obciążeniem, w kpl. z uchwytem ścienny zgodnym z normą PN EN 1789 lub równoważną, z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji, wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora, lub równoważnąb/ z regulacją płynną siły ssania, bądź za pomocą dedykowanych przycisków w zakresie od 0 do min. 80kPa ( 0- min. 800mBar), o przepływie do min. 22L/min, wyposażony w słój wielorazowy o poj. 1 L wielokrotnego użytku wyposażony w zawór antyprzelewowy oraz filtr antybakteryjny, z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka zgodny z aktualną normą PN EN 1789 lub równoważnąc/ waga ssaka max 5,3 kg,d/ temperatura pracy i przechowywania zgodna z norma,e/ wyposażony w torbę transportową, akcesoria, z kieszeniami na akcesoria, z możliwością noszenia na ramieniu,f/ okres gwarancyjny min 24 miesiące. |  |
| **6.2. Przenośny ogrzewacz płynów (podać markę i model),** o następujących parametrach minimalnych:a/ ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min 3l,b/ z termoregulatorem montowany na ścianie ambulansu,c/ szybko demontowalny,d/ zasilany z instalacji 12V ambulansu,e/ Wyposażony w mankiet termoizolacyjny przeznaczony do podawania płynów w niskich temperaturach poza ambulansem z wbudowanym mankietem do szybkiego toczenia płynów. |  |
| **6.3. Pulsoksymetr (podać markę i model),** o następujących parametrach minimalnych:a/ pulsoksymetr ręczny o niewielkich gabarytach,b/ waga max 0,3 kg (z bateriami),c/ zasilanie bateryjne – baterie ogólnodostępne,d/ zakres pomiaru SpO2 min. 1-100%,e/ zakres pomiaru pulsu min. 20-300 / min,f/ wyświetlacz cyfrowy typu LED,g/ wskaźnik perfuzji / jakość sygnału,h/ czujnik wielorazowy typu klips na palec,i/ możliwość podłączenia czujników jedno i wielorazowych dla różnych grup wiekowych,j/ pamięć wewnętrzna 18 godzin,k/ okres gwarancyjny min 24 miesiące. |  |
| **6.4. Defibrylator dwufazowy (przenośny) z kardiowersją i pomiarem CO2 – minimalne wymagania określa Załącznik 1A** |  |
| **7. Oświetlenie specjalne**- światło rozproszone (świetlówki) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 punktów świetlnych) oraz oświetlenie punktowe (regulowany, halogenowy punkt świetlny nad noszami w suficie) umożliwiające bezpieczną obsługę pacjenta- reflektory zewnętrzne z trzech stron pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony- kierunkowskazy w tylnej, górnej części nadwozia- dodatkowy reflektor halogenowy (szperacz) ze światłem skupionym z elastycznym przewodem min. 1,5 m. w kabinie kierowcy- przenośny reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, wyposażony w wewnętrzne akumulatory z ładowarką umieszczoną w kabinie kierowcy |  |
| **8. Łączność radiowa**- zasilana z akumulatora głównego (pojazdu) nie z akumulatora przedziału medycznego- kabina kierowcy wyposażona w możliwość zainstalowania telefonu przewoźnego,- instalacja do montażu radiostacji z zamontowaną anteną ze złączem doprowadzonym do kabiny kierowcy oraz przewodami zasilającymi (12V) do radiotelefonu- wmontowana do samochodu antena dachowa, zgodna z normami PAR, dostosowana do częstotliwości 168 MHz (radiotelefon nie jest wymagany) |  |
| **9. Dodatkowe wymagania**- ambulans oraz sprzęt medyczny mają spełniać wymogi określone w normie PN-EN 1789 i PN-EN 1865 lub równoważną (w zakresie odpowiednim do przedmiotu postępowania). Zgodnie z pkt. 4.5.9 aktualnej normy PN-EN 1789 lub równoważną, wszystkie przedmioty przewożone w ambulansie drogowym muszą być tak zamontowane by wytrzymać przeciążenia o wartości 10 G w kierunkach: do przodu, do tyłu, w lewe, w prawo i pionowo.- min. poduszka powietrzna kierowcy i pasażera- elektroniczny system stabilizacji toru jazdy typu ESP - zamontowanie przez Zamawiającego systemu nadzoru obiektów mobilnych nie spowoduje utraty gwarancji- elektrycznie sterowane okna w drzwiach kabiny kierowcy- zbiornik paliwa o pojemności min. 75 l- ważna homologacja pojazdu w Polsce- fabrycznie nowy, rok produkcji 2023r. (przebieg techniczny do 500 km)- system montażu elementów SWD zgodnie z wytycznymi Wojewody Warmińsko-Mazurskiego. System montażu elementów SWD z pozytywnym wynikiem badania na przeciążenia 10G – badania przeprowadzone przez notyfikowaną jednostkę certyfikującą. |  |
| **- INSTALACJA ELEKTRYCZNO-LOGICZNA POD SYSTEM SWD PRM**Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz z adapterami do zamocowania tabletu oraz drukarki pod system SWD PRM.W kabinie kierowcy, zamontowany uchwyt **ZEBRA 300142 DOCK L10 VEHICLE** do tabletu **ZEBRA RTL10C1** z zasilaczem. W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowana podstawa pod drukarkę z uchwytem do drukarki laserowej **Dodatkowe anteny dachowe GPS i GSM (do modułu FM 640**) zakończone wtykami prostymi **GPS SMA** oraz **GSM RP-SMA** zlokalizowanymi w miejscu montażu modułu teltoniki.Przygotowanie instalacji pozwalającej na łatwe wpinanie/wypinanie modułu teltonika (instalacja elektryczno-antenowa).**Drukarka laserowa HP M15A** **Moduł GPS FM640.**Stacja dokująca połączona z drukarką za pomocą przewodu USB.Dodatkowe gniazdo 230 V działające podczas jazdy do zasilenia drukarki laserowej (2500VA). |  |

**Oświadczam, że oferowany ambulans z wyposażeniem spełnia wyżej wymienione warunki techniczne i będzie dostarczony wraz z wszystkimi wymienionymi dokumentami.**

*kwalifikowany podpis elektroniczny osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

**Załącznik nr 1A**

**Defibrylator dwufazowy (przenośny) z kardiowersją i pomiarem CO2 – 1 szt.**

Producent /Firma : ………………………………… Typ aparatu: ……………………………

Kraj pochodzenia : ………………………………… Rok produkcji : 2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR / WARUNEK** | **Wymagana wartość** | **Oferowana wartość****(tak/nie, opis)** |
|  | **Defibrylator dwufazowy z kardiowersją i pomiarem CO2** |  |  |
| **Zasilanie** |  |  |
|  | bateryjne/akumulatorowe  | Tak |  |
|  | średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak |   |
|  | ilość defibrylacji z energią 200 J przy pracy z baterii min. 400 | Tak |   |
|  | możliwość ładowania akumulatorow z AC 220 V 50 Hz +/- 10%  | Tak |  |
| **Funkcje / cechy** |  |  |
|  | urządzenie przenośne  | Tak.  |  |
|  | ciężar monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: EKG** |  |  |
|  | ilość kanałów ekg: min. 12 | Tak |  |
|  | interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta | Tak |  |
|  | Pomiar uniesienia odcinka S-T na każdym odprowadzeniu | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: NIBP****Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** |  |  |
|  | zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | Tak |  |
|  | tryb ręczny i automatyczny | Tak |  |
|  | metoda pomiaru : oscylometryczna | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: SpO2****Pomiar saturacji krwi tętniczej** |  |  |
|  | zakres pomiaru min. 50 -100% | Tak |  |
|  | czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec  | Tak |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych: EtCO2****Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym** |  |  |
|  | zakres pomiaru EtCO2 : min 1 – 99 mm  | Tak |  |
|  | zakres pomiaru czestości oddechu : min. 1 -60 odd./min. | Tak |  |
|  | metoda pomiaru : strumień boczny | Tak |  |
|  | krzywa kapnograficzna na ekranie | Tak |  |
| **Defibrylacja** |  |  |
| 19. | łyżki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci | Tak |  |
| 20. | elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 2 kpl. | Tak |  |
| 21. | defibrylacja ręczna | Tak |  |
| 22. | defibrylacja półautomatyczna AED | Tak |  |
| 23. | zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J  | Tak |   |
| 24. | ilość poziomów enrgetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 23 | Tak |   |
| 25. | dwufazowa fala defibrylacji  | Tak |  |
| 26. | kardiowersja | Tak |  |
| **Stymulacja przezskórna serca** |  |  |
| 27. | tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | Tak  |  |
| 28. | zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 – 150 / min. | Tak |   |
| 29. | zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -170 mA | Tak |   |
| **Ekran** |  |  |
| 30. | przekątna ekranu min. 8 cala | Tak |   |
| 31. | Kolorowy LCD TFT | Tak |  |
| 32. | Funkcja „sun view” – dobrej widoczności w dużym oświetleniu  | Tak |  |
| **Alarmy** |  |  |
| 33. | alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | Tak |  |
| **Drukarka** |  |  |
| 34. | szerokość papieru min. 90 mm | Tak |   |
| 35. | ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | Tak |  |
| 36. | prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | Tak |  |
| **Inne wymagania** |  |  |
| 37. | możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak |  |
| 38 | transmitowanie badań ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce (między innymi w Mrągowie i okolicach) | Tak |  |
| 39. |  Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania  | Tak |  |
| 40. | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP 44  | Tak |  |
| **DOKUMENTY i INNE WYMAGANIA** |  |  |
| 41. | CE lub świadectwo rejestracji wyrobu medycznego  | Tak  |  |
| 42. | Wszystkie urządzenia fabrycznie nowe (wyprodukowane w 2023r.), kompletne i gotowe do uruchomienia oraz użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.  | Tak |  |
| 43. | Do wszystkich urządzeń instrukcja obsługi, konserwacji i sterylizacji w języku polskim.  | Tak |  |
| 44. | Dla potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów zaoferowanego urządzenia, należy załączyć do oferty strony z oryginalnych folderów lub katalogów z zaznaczonymi (zakreślonymi kolorem) na tych stronach parametrami oferowanych urządzeń  | Tak |  |
| 45. | Szkolenie stanowiskowe personelu w zakresie prawidłowej obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu.  | Tak |  |
| 46. | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (w załączeniu do oferty):- deklaracja zgodności oraz- oznaczenie znakiem zgodności CE  | Tak |  |
| 47. | Paszport techniczny (przy dostawie)  | Tak |  |
| 48. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |

**UWAGA:**

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2. Parametry z wpisanym słowem „Tak” w kolumnie „Parametry i wartości wymagane" są wymogiem granicznym. Jeżeli w tej kolumnie pod słowem „Tak” podana jest wartość lub zakres wartości, to te dane są również wymogiem

 granicznym. Oferty które nie spełniają tych wymagań nie zostaną dopuszczone do oceny.

3. Do oferty należy dołączyć firmowe materiały informacyjne, w których powinny być zaznaczone parametry dotyczące warunków wymagalnych.

4. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

5. Oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany poziom usług medycznych.

**Załącznik nr 1B do SWZ/ Zadanie nr 1**

**Gwarancja / Serwis / Szkolenia - dot. ambulansu drogowego typu C**

**L.p. Warunki gwarancji Warunki oferowane – podać szczegółowo/potwierdzić**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Okres gwarancji w miesiącach- pojazd bazowy bez limitu kilometrów (min 24 miesiące)- powłoki lakiernicze (min. 36 miesięcy)- perforacja nadwozia (min. 96 miesięcy)- zabudowa przedziału medycznego (min. 24 m-ce)- nosze główne (min. 24 miesiące)- transporter (min. 24 miesiące)- defibrylator (min. 24 miesiące) |  |
| 2. | **Przeglądy w okresie trwania gwarancji** (**dotyczy defibrylatora, noszy głównych i transportera**) na koszt Wykonawcy, łącznie z kosztami dojazdu serwisu (co najmniej 1 przegląd rocznie). Jeżeli Wykonawca wymaga przesłania urządzenia na czas przeglądu do siedziby serwisu zobowiązany jest do dostarczenia zamawiającemu urządzenia zastępczego przed wysyłką sprzętu. |  |
| 3. | Koszty przeglądów gwarancyjnych związanych z wymianą części i materiałów zużywalnych - jeśli obciążają użytkownika. \* - dotyczy pojazdu bazowego nadwozia i zabudowy przedziału medycznego – **podać szacunkowy koszt** |  |
| 4. | Częstotliwość gwarancyjnych przeglądów okresowych |  |
| 5. | Punkty serwisowe i ich odległość od miejsca stałego stacjonowania ambulansu – siedziba Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o. |  |
| 6. | Przyczyny utraty gwarancji |  |
| 7. | Zamontowanie przez użytkownika dodatkowego sprzętu i urządzeń nie skutkuje utratą gwarancji na zabudowę przedziału medycznego. |  |
| 8. | Zapewnienie szkolenia dla pracowników działu aparatury medycznej w zakresie prawidłowej konserwacji i kontroli stanu technicznego sprzętu i aparatury medycznej zainstalowanej w przedziale medycznym ambulansu. |  |
| 9. | Przeprowadzenie szkolenia w zakresie obsługi sprzętu medycznego dla personelu medycznego Działu Ratownictwa Medycznego oraz kierowców w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z. o.o. |  |
| 10. | Inne |  |

*kwalifikowany podpis elektroniczny osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

**Załącznik nr 2 do SWZ**

Nazwa firmy ………………………………………………………………………………..…………………….

Adres ………………………………………………………………………………………………………………

REGON ……………………………………………… NIP ………………………………………………………

Województwo …………………………………………………………………………….…………………….

Telefon ……………………………………… e-mail ………………………………………………

**FORMULARZ OFERTOWY**

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji na **„Zakup i dostawę ambulansu z wyposażeniem dla Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.”, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu i SWZ:**

1. Niniejszym składam/składamy ofertę na: **Zakup i dostawa ambulansu wraz z wyposażeniem**

**a).** Oferuję/Oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia za cenę:

netto ......................... zł, słownie .......................................................................................................................

brutto ......................... zł słownie ......................................................................................................................, w tym:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa asortymentu** | **Nr katalogowy** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Wartość brutto w zł** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **F** |
|  |  |  |  |  | **D\*E** |
| 1. | Ambulans sanitarny z zabudową medyczną |  | **1** |  |  |
| 1.1. | Nosze główne wraz z transporterem |  | **1** |  |  |
| 1.2. | Stół medyczny pod nosze główne |  | **1** |  |  |
| 2. | Sprzęt i aparatura medyczna: | **X** | **X** |  | **X** |
| 2.1 | Ssak elektryczny |  | **1** |  |  |
| 2.2 | Przenośny ogrzewacz płynów |  | **1** |  |  |
| 2.3 | Pulsoksymetr |  | **1** |  |  |
| 2.4 | Defibrylator |  |  **1** |  |  |
| Wartość brutto razem |  |  |

**b). perforacja (korozyjna nadwozia) blach:**

**144 miesiące\***

**120 miesięcy\***

**96 miesięcy\***

**\* - niewłaściwe skreślić**

**c). Termin realizacji zamówienia**

**Oferuję/Oferujemy termin realizacji kompletnego przedmiotu zamówienia w terminie:**

|  |
| --- |
| **TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA** |
| **UZUPEŁNIA WYKONAWCA** |
| **TAK\*/NIE\*** Do 60 dni od dnia zawarcia umowy **TAK\*/NIE\*** Od 61 do 90 dni od dnia zawarcia umowy  |

**\* -** **niewłaściwe skreślić**

2. Jesteśmy związani niniejszą ofertą na okres 30 dni od upływu terminu wyznaczonego do składania ofert.

3. Oświadczam/Oświadczamy, że:

a). zapoznałem/zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i zobowiązuję/zobowiązujemy się do stosowania i ścisłego przestrzegania warunków w niej określonych.

b) zapoznałem/zapoznaliśmy się ze wzorem umowy zawartym w specyfikacji warunków zamówienia, nie wnoszę/wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń i zobowiązuję/zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do popisania umowy na warunkach w nim określonych, w miejscu i czasie wskazanym przez zamawiającego.

4. **Składając ofertę** **oświadczam/y, że:**

- posiadam/y dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z wymogami zawartymi w ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U.2020.186 z dnia 2020.02.06, z późn. zm.).

- przedmiot zamówienia spełnia cechy techniczne i jakościowe określone w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 dla środka transportu drogowego typu C.

- przedmiot zamówienia jest oznakowany zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2019r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 209, poz. 1382, z późn. zm.).

- przedmiot zamówienia spełnia warunki techniczne określone przepisami rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2015r. poz. 305 ze zm.), w tym warunki dodatkowe dla pojazdu samochodowego uprzywilejowanego.

- ambulans posiada niezbędne homologacje na kompletnie zabudowany ambulans sanitarny.

5. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania kierować należy na poniższy adres Wykonawcy: ...................................................................................................................................

imię i nazwisko: ......................................................................................................................................

tel. ................................................. e-mail..............................................................

6. Oświadczam, że wypełniłam/em obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).**

**\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).**

**7. Zastrzeżenie wykonawcy**

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być udostępniane *(wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa):*

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

8. Dane o Wykonawcy.

**Niniejszym** **oświadczam, że:**

1. jestem mikroprzedsiębiorstwem\* (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR),
2. **jestem małym\* przedsiębiorcą w rozumieniu art. 105 ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016r., poz. 1829, z późn. zm.)**

**Zgodnie z art. 105 ww. ustawy** za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.

1. **jestem średnim\* przedsiębiorcą w rozumieniu art. 106 ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016r., poz. 1829, z późn. zm.)**

**Zgodnie z art. 106 ww. ustawy z**a średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.

1. **nie jest małym ani średnim\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej**
2. **Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej**: TAK\*/NIE\*
 Skrót literowy nazwy państwa:
3. **Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej:** TAK\*/NIE\* Skrót literowy nazwy państwa:

**\*** **- zaznaczyć odpowiednio**

**Uwaga:** Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z innymi dokumentami określonymi w SWZ.

Zamawiający zaleca, aby podpis złożony był na podpisywanym dokumencie PDF (podpis wewnętrzny) – taki sposób podpisu umożliwia szybką i prawidłową weryfikację.

*kwalifikowany podpis elektroniczny osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

**Załącznik nr 3 do SWZ**

Dane Wykonawcy:

………………………………….

………………………………….

 **„****Zakup i dostawa ambulansu z wyposażeniem dla Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.”**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW ORAZ NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU,
O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1**

**USTAWY z dnia 11 września 2019r. PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i dostawa ambulansu z wyposażeniem dla Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.**, prowadzonego przez Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w   Dziale VIII Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.
4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (ogłoszonej w Dzienniku Ustaw w dniu 15 kwietnia 2022r.).
5. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze

………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………..…………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.................................................................

*kwalifikowany podpis elektroniczny osoby uprawnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu trzeciego*