**DEA.ZP-291/1/2021 Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ MINIMALNYCH PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**ORAZ PARAMETRÓW PUNKTOWANYCH**

Ambulans typu C/B z wyposażeniem (posiadający deklarację CE zgodnie z przepisami prawa polskiego potwierdzające zgodność zabudowy medycznej z wymogami normy aktualnej PN EN 1789+A2 w zakresie ambulansu typu C/B oraz zgodność wyposażenia medycznego).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
|  | **model / typ** | **Tak/podać** |   |
|  | **Rok produkcji pojazdu bazowego 2021 r.** | **Tak/podać** |   |
|  | **NADWOZIE** |  |   |
|  | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. | **Tak/podać** |   |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego.  ***opcja punktowana:**** **kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego** **- 0 pkt,**
* **kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego z pokrowcem (jednolitym lub dzielonym) na siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału nienasiakliwego, łatwo zmywalnego, obojętnego wobec środków dezynfekujących -3 pkt**
* **kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego z siedziskiem i oparciem wykonanym z mocnego materiału nienasiakliwego, łatwo zmywalnego, obojętnego wobec środków dezynfekujących -6 pkt**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana !  |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, wysokie (otwór drzwiowy min. 1605mm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego.  | **Tak/podać** |   |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwne do tyłu, bez szyby. | **Tak/podać** |  |
|  | Drzwi tylne dwuskrzydłowe, wysokie (otwór drzwiowy min. 1605mm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o | **Tak/podać** |   |
|  | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny | **Tak/podać** |   |
|  | Stopień wejściowy (boczny przy prawych drzwiach przesuwnych) do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie chowany / wysuwany przy zamykaniu / otwieraniu drzwi przesuwnych | **Tak/podać** |   |
|  | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu | **Tak/podać** |   |
|  | Reflektory przeciwmgielne przednie. | **Tak/podać** |   |
|  | Kolor fabryczny żółty producenta pojazdu bazowego (zlecany RAL 1016)  | **Tak/podać** |  |
|  | **SILNIK** |  |   |
|  |  Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa CommonRail z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch zimnego silnika, o pojemności min. 1900 cm3 | **Tak/podać** |  |
|  | Moc silnika min. 120 KW. | **Tak/podać** |   |
|  | Silnik spełniający obecnie obowiązujące przepisy norm spalin  | **Tak/podać** |   |
|  | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** |  |   |
|  | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. sześciobiegowa + bieg wsteczny lub automatyczna z możliwością manualnej redukcji biegów, | **Tak/podać** |  |
|  | **ZAWIESZENIE** |  |   |
|  | Fabryczne wzmocnione zawieszenie z min. stabilizatorem osi przedniej lub fabryczne zawieszenie wzmocnione tj. ze wzmocnionymi amortyzatorami, wzmocnionymi stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie pneumatyczne ze stabilizacją. Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy transport pacjenta. | **Tak/podać** |   |
|  | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |   |
|  | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania | **Tak/podać** |   |
|  | System wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA | **Tak/podać** |   |
|  | System ABS zapobiegający blokadzie kół w trakcie hamowania | **Tak/podać** |   |
|  | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy np. ESP | **Tak/podać** |   |
|  | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | **Tak/podać** |   |
|  | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | **Tak/podać** |   |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
|  | Alternator o wydajności min. 185 A***opcja punktowana:**** **alternator o wydajnosci min. 185 A** **- 0 pkt,**
* **alternator o wydajnosci min. 230 A** **- 2 pkt,**
* **alternator o wydajnosci min. 250 A** **- 4 pkt,**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Min. dwa akumulatory o pojemności min. 90 Ah z modułami zabezpieczającymi przed ich rozładowaniem do określonego wcześniej progu (w przypadku, gdy pojazd wyposażony jest w fabryczny akumulator typu kwasowego wykonawca zamiennie oferuje akumulator żelowy).***opcja punktowana:**** **akumulator o pojemności min. 90 Ah** **- 0 pkt,**
* **akumulator o pojemności min. 120 Ah** **- 2 pkt,**
* **akumulator o pojemności min. 165 Ah** **- 4 pkt,**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |   |
|  | Elementy sterowania na panelu i sterownikach w języku Polskim | **Tak/podać** |  |
|  | Min. Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | **Tak/podać** |  |
|  | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |
|  | Regulowana kolumna kierownicy. | **Tak/podać** |   |
|  | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | **Tak/podać** |   |
|  | Klimatyzacja kabiny kierowcy | **Tak/podać** |   |
|  | Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanym w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |
|  | Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy | **Tak/podać** |   |
|  | Dodatkowy komplet kół zimowych na felgach stalowych lub tylko komplet opon:- ***opcja punktowana:**** **brak dodatkowego kompletu kół zimowych lub kompletu opon - 0 pkt,**
* **tylko dodatkowy komplet opon zimowych - 2 pkt,**
* **dodatkowy komplet kół zimowych - 4 pkt**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | **Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny zgodnie z aktualną PNEN 1789+A2** |  |   |
|  | Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym Załączniku do SIWZ) musi posiadać przeprowadzone badania wyszczególnione w Załączniku C do normy PN-EN 1789+A2. (Zwraca się uwagę na fakt, że badania układów podtrzymujących i zamocowań 4.5.9/5.3 wykonuje jednostka notyfikowana) | **Tak/podać** |   |
|  | **NADWOZIE** |  |   |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3000 ÷ 3300 x 1700 x 1800. | **Tak/podać** |   |
|  | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, z miejscem mocowania krzesełka transportowego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego, deski ortopedycznej dla dorosłych i dzieci, kamizelki KED, szyn typu Kramer, trzech kasków. Od strony schowka ma być zapewniony dostęp do plecaka/torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym ( tak zwany dostęp do plecaka/torby z przedziału medycznego i zewnątrz pojazdu. | **Tak/podać** |   |
|  | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |   |
|  | Pomocnicze ogrzewanie o mocy grzewczej umożliwiającej uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury. | **Tak/podać** |   |
|  | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W | **Tak/podać** |   |
|  | Dodatkowy niezależny od pracy silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 KW. | **Tak/podać** |   |
|  | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego.  | **Tak/podać** |   |
|  | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa) | **Tak/podać** |   |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
|  | Instalacja elektryczna 230 V: - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka) - min. 2 gniazda w przedziale medycznym- zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym- zabezpieczenie przeciwporażeniowe. | **Tak/Podać** |   |
|  | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie zainstalowanych akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  | **Tak/podać** |   |
|  | Przetwornica 12V/230V o mocy min 1000W, charakterystyka sinusoidalna, zasilanie po przetwornicy dostępne we wszystkich gniazdach 230V, przełączanie odbywa się w sposób automatyczny | **Tak/podać** |  |
|  | Wizualna sygnalizacja informująca o połączeniu ambulansu do sieci 230V | **Tak/podać** |   |
|  | Instalacja elektryczna 12V: - min. 6 gniazd 12 V typu lexel w przedziale medycznym (w tym dwa 20A), do podłączenia urządzeń medycznych (miejsce lokalizacji do uzgodnienia po podpisaniu umowy), - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki | **Tak/podać** |   |
|  | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |   |
|  | W przedniej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w kolorze niebieskim o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
|  | Pojazd wyposażony w modulator min. 180W (2 głośniki zamontowane w zderzaku pojazdu lub za „grilem” nie mogą być niczym przysłonięte), przystosowany do podawania komunikatów głosowych. Sterowanie modulatorem przy pomocy pilota dedykowanego do niego oraz klaksonu pojazdu. | **Tak/podać** |   |
|  | Na wysokości podszybia lub w pasie przednim dwie niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  | **Tak/Podać** |   |
|  | W tylnej części dachu pojedyncza lampa niebieska tupu LED o wysokości bez zestawu montażowego max. 100 mm (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
|  | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu ww. drzwi | **Tak/podać** |   |
|  | Oznakowanie pojazdu w 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r. wykonanych z folii: a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu,c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) - z przodu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r ,- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej z literą S wpisaną w okrąg i na drzwiach tylnych pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r,- nazwy dysponenta jednostki umieszczony po obu bokach pojazdu( emblemat dostarczy użytkownik pojazdu). | **Tak/podać** |   |
|  | Reflektory zewnętrzne typu LED z tyłu i po bokach, po dwa z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 20 km/h. | **Tak/Podać** |   |
|  | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej– podać markę i model. | **Tak/podać** |   |
|  | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |   |   |
|  | W kabinie kierowcy zamontowana stacja dokująco do tabletu na uchwycie oraz zestaw zasilający stacje dokujące + tablet kompatybilny do systemu wspomagania dowodzenia PRM z dodatkowym zasilaczem sieciowym i zasilaczem samochodowym. Oferowane elementy systemu SWDPRM powinny być zamontowane w sposób bezpieczny. | **Tak/Podać** |  |
|  | W kabinie kierowcy:- radiotelefon przewoźny cyfrowy z cztero-wierszowym wyświetlaczem z elastycznym interfejsem oraz z zintegrowanym modułem GPS zgodny z wojewódzkim systemem łączności radiowej DMR.- dwa radiotelefony ręczne zgodne z wojewódzkim systemem łączności radiowej DMR z zintegrowanym modułem GPS i cztero-wierszowym wyświetlaczem. | **Tak/Podać** |   |
|  | W kabinie kierowcy moduł GPS 100% kompatybilny z SWD PRM z antenami zamocowanymi wewnątrz kabiny (szybie, podszybiu) ) lub inne rozwiązanie podłączenia anten | **Tak/Podać** |   |
|  | W przedziale medycznym zamocowany uchwyty do drukarki, gniazdo 230Vzasilające drukarkę i drukarkę z akumulatorem kompatybilną z systemem wspomagania dowodzenia SWD PRM. | **Tak/Podać** |   |
|  | Na dachu pojazdu anteny zewnętrzne rozmieszczone prostopadle do osi wzdłużnej pojazdu spełniające następujące wymogi: - pierwsza antena nadawczo-odbiorcza VHF zakres częstotliwości -168-170 MHz, współczynnik fali stojącej -1,6, polaryzacja pionowa, charakterystyka promieniowania –dookólna, odporność na działanie wiatru 55 m/s podłączona do radiotelefonu- druga antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do radiotelefonu- trzecia antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do stacji dokującej dla tabletu SWD PRM,- czwarta antena GSM/DCS/UMTS (wtyk: SMA) min. 5dBi i max długości 29 cm podłączona do stacji dokującej dla tabletu SWD PRM- piąta antena samochodowa SHARK I AM/FM+GPS+GSM - uniwersalna antena w kształcie płetwy rekina do montażu na dachu (z tyłu) samochodu umożliwiająca podłączenie radioodbiornika AM/FM, odbiornika nawigacji satelitarnej GPS i instalacji GSM (Częstotliwości (Frequency): FM/76-110MHz; AM/525-1700Khz; GPS/1575MHz; Czułość (Gain): >20dbi; GPS >3dbi; GSM 2,15dbi; Napięcie zasilające (Workvoltage): 12V DC (10-14V DC); Typ kabla (Cable): RG-174; Długość kabla (Cable length): AM/FM 250mm; GPS 4000mm; GSM 250mm; Rezystancja (Impedance): AM/FM 75Ω; GPS 50Ω; GSM 50Ω; Średnica otworu montażowego (Boringdia.): 15mm; Połączenie (Connector): AM/FM DIN AUDIO; GPS SMA-A (małe); GSM FME-A) | **Tak/Podać** |   |
|  | W kabinie kierowcy dodatkowe dwa gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V pozwalające na zasilanie nawigacji, ładowanie telefonu komórkowego itp. | **Tak/podać** |   |
|  | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
|  | Sufitowe oświetlenie rozproszone realizowane przez lampy typu LED w naturalnym kolorze. | **Tak/podać** |   |
|  | Nad noszami, co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne ze światłem skupionym emitowanym przez lampy typu LED (lampy z regulacją kąta padania światła). | **Tak/Podać** |   |
|  | Oświetlenie punktowe blatu roboczego typu LED. | **Tak/podać** |   |
|  | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **Tak/podać** |   |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym  | **Tak/podać** |  |
|  | Na prawej ścianie min. jeden fotel obrotowy z siedziskiem i oparciem wykonanym z mocnego materiału nienasiąkliwego, łatwo zmywalnego, obojętnego wobec środków dezynfekujących, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa, podłokietniki, (co najmniej z lewej strony) i zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Podać markę i model oferowanego fotela. Fotel wraz z podstawą jest elementem całopojazdowej homologacji, przebadany za zgodność REG 14 dla typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa i REG 17 dla typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań. | **Tak/podać** |   |
|  | Fotel obrotowy u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) z siedziskiem i oparciem wykonanym z mocnego materiału nienasiąkliwego, łatwo zmywalnego, obojętnego wobec środków dezynfekujących, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa. Podać markę i model oferowanego fotela. Fotel z podstawą przebadany na zgodność z REG 14 dla „typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa” i REG 17 dla „typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań”. | **Tak/Podać** |   |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwane (minimalne wymiary przejścia: wysokość przejścia min. 150 cm, szerokość przejścia min. 40 cm) spełniające normę PN EN 1789+A2.***opcja punktowana:**** **wysokość drzwi w ścianie działowej 1500 mm do 1640 mm – 0 pkt,**
* **wysokość drzwi w ścianie działowej 1641 mm do 1740 mm – 2 pkt,**
* **wysokość drzwi w ścianie działowej 1741 mm i powyżej – 4 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Zabudowa przedziału medycznego wykonana z tworzywa sztucznego- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów. Miejsce mocowania torby oraz , plecaka medycznego- półki podsufitowe (na ścianie lewej i prawej) z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty- miejsce mocowanie, co najmniej trzech pudełek na rękawiczki jednorazowe- przy ścianie działowej szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną oraz z co najmniej trzema szufladami na drobny sprzęt medyczny, opatrunki ewentualnie drukarkę, i miejscem zabezpieczonym przed niekontrolowanym wypadnięciem natorbę/ plecak ratunkowy z wyposażeniem o min. masie zgodnej z obowiązującymi przepisami BHP w zakresie norm dźwigania.- zabudowany kosz na odpadki- zabudowany pojemnik na zużyte igły, strzykawkiZamawiający wymaga możliwości montażu sprzętu medycznego na lewej ścianie do przesuwnych paneli, umożliwiających przesuw sprzętu oraz zablokowanie w wybranej pozycji. Min. 4 szt. paneli pod np. defibrylator, respirator, pompę infuzyjną, ssak.Do oferty należy dołączyć schemat oferowanej zabudowy medycznej. | **Tak/Podać** |   |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | **Tak/Podać** |   |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **Tak/podać** |   |
|  | Centralna instalacja tlenowa wyposażona: - w min 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewejmonoblokowe typu panelowego oraz 1 gniazdo w suficie- 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami butlowymi i szybko złączkąAGA (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy).- konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnegodostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych.- konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych. - 2 szt. butli tlenowych 2 l lub 2,7 l z reduktorami butlowymi z przepływomierzem i szybkozłączką AGA (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używaniakluczy) zamontowane wewnątrz przedziału medycznego w specjalnie uchwycie zamontowanym na lewej lub prawej ścianie,- instalacja wyposażona w przepływomierz obrotowy o przepływie od 0 do 15L/min bez nawilżacza***opcja punktowana:**** **Dwie butle tlenowe10 l. z reduktorami butlowymi i gniazdem na szybkozłączką AGA, - 0 pkt.**
* **Dwie butle tlenowe LIV z zintegrowanym zaworem**, **gniazdem na szybkozłączkę typu AGA, manometrem aktywnym.8 l. - 2 pkt.**
* **Dwie butle tlenowe LIV z zintegrowanym zaworem gniazdem na szybkozłączkę typu AGA, manometrem aktywnym. 10 l. - 4 pkt.**

oraz* **Dwie butle tlenowe 2 l lub 2,7 l z reduktorami butlowymi z przepływomierzem i gniazdem na szybkozłączką AGA , - 0 pkt.**
* **Dwie butle tlenowe 2 ltzw.LIV IQ z zintegrowanym zaworem, manometrem przepływomierzem wyposażonym w cyfrowy wskaźnik czasu i przepływu O2 z możliwością napełniania do 200 atm. i gniazdem na szybkozłączkę AGA, - 4 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności).Zamawiający nie dopuszcza lawety, w której zwolnienie mechanizmu jej wysuwu odbywa się za pomocą linki. | **Tak/podać** |   |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych z możliwością regulacji temperatury o pojemności min. 3 l. | **Tak/podać** |   |
|  | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |   |
|  | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa,- gaśnicę,- trzy kaski w zamontowanych uchwytach (jeśli nie mogą być  zainstalowane w schowku za drzwiami prezesównami).- panel: * sterujący oświetleniem przedziału medycznego,
* sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału

medycznego,* sterujący oświetleniem zewnętrznym tzw. roboczym (co nie wyklucza dodatkowych paneli sterujących oświetleniem zewnętrznym np. na szafce przy prawych drzwiach przesuwnych jak i prawych drzwiach tylnych)
 | **Tak/podać** |   |
|  | Kabina kierowcy ma być wyposażona w: - radio,- panel sterujący          informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych,        informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia,pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V,         informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy,          informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego, - przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania ambulansie, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym 2 godziny (przy maksymalnym natężeniu światła), natężenie światła min. 300 lm,klasa odporności min. IP 65, waga do 300 gr., wyposażony w stojak oraz ładowarkę 12V i 230V (podać markę i model). | **Tak/podać** |   |
|  | Gwarancja mechaniczna na pojazd min. 24 m-ce, bez limitu kilometrów.Gwarancja na powłoki lakiernicze pojazdu min. 24 m-cy.Gwarancja na perforację nadwozia pojazdu min. 24 m-cy.Gwarancja na przedział medyczny (zabudowa medyczna i sprzęt towarzyszący) min. 24 m-ce. | **Tak/Podać** |  |
|  | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej sanitarnej realizowany w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem). | **Tak/Podać** |   |
|  | Wszystkie oferowane rozwiązania powinny być elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu. Załączyć do oferty protokół z badań dynamicznych oraz schematy oferowanej zabudowy potwierdzone przez jednostkę badawczą.Załączyć do oferty homologację pojazdu kompletnego oraz pojazdu skompletowanego. | **Tak/Podać** |  |
|  | **NOSZE GŁÓWNE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1. Załączyć deklarację zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |   |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
|  | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/Podać** |   |
|  | **Rok produkcji 2021 r.** | **Tak/Podać** |   |
|  | Możliwość płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 80 stopni | **Tak/podać** |   |
|  | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha, przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | **Tak/podać** |   |
|  | Zestaw pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy, z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci na noszach (dokumenty potwierdzające kompatybilność). | **Tak/podać** |   |
|  |  Składane poręcze boczne, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy | **Tak/podać** |   |
|  | Możliwość wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy | **Tak/Podać** |   |
|  | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnym | **Tak/Podać** |   |
|  | Cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi i płynów, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | **Tak/Podać** |   |
|  | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/podać** |   |
|  | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | **Tak/podać** |   |
|  | Waga oferowanych noszy max. 23 kg | **Tak/podać** |   |
|  | Gwarancja na nosze min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |   |
|  |  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1. Załączyć deklarację zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie, w języku polskim).** |  |   |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
|  | **model / typ** | **Tak/Podać** |   |
|  | **Rok produkcji 2021.** | **Tak/Podać** |   |
|  | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN-EN 1789+A2, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC, załączyć do oferty. | **Tak/Podać** |   |
|  | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu transportera noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie transportera noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę. | **Tak/Podać** |   |
|  | System szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | **Tak/Podać** |   |
|  | Regulację wysokości w min sześciu poziomach | **Tak/Podać** |   |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | **Tak/podać** |   |
|  | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, min. dwa koła skrętne w zakresie 360 stopni i wyposażone w hamulce, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera. Podać średnicę kółek w mm. | **Tak/podać** |   |
|  | Transporter zabezpieczony przed przypadkowym wyjazdem w momencie gdy golenie przednie są rozłożone a wciśnięty jest przycisk zwalniający.  | **Tak/podać** |   |
|  | Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 223 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg) | **Tak/podać** |   |
|  | Waga zestawu transportowego zgodnie z obowiązującymi przepisami. | **Tak/podać** |   |
|  | Transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/Podać** |   |
|  | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi  | **Tak/Podać** |   |
|  | Gwarancja na transporter noszy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |   |
|  | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE KARDIOLOGICZNE SKŁADANE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-4) ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |   |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
|  | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |   |
|  | **Rok produkcji nie starsze niż z 2021 r.** | **Tak/podać** |   |
|  | Wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |
|  | Wyposażone w min. 4 kółka jezdne, przy czym przednie koła skrętneo średnicy min. 75 mm wyposażone w hamulce, a tylne o średnicy min. 175 mm  | **Tak/podać** |   |
|  | Wyposażone w składany system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach z tzw. hamulcem obciążeniowym tzn. im pacjent cięższy tym krzesło wolniej jedzie po schodach.  | **Tak/Podać** |   |
|  | Wyposażony w tylną ramę o regulowanej długości/wysokości służącą do znoszenia i zjazdu po schodach | **Tak/Podać** |   |
|  | Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości. | **Tak/Podać** |   |
|  | Wyposażone w składane tylne rączki transportowe  | **Tak/Podać** |   |
|  | Wyposażone w podparcie pod nogi pacjenta  | **Tak/Podać** |   |
|  | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | **Tak/podać** |   |
|  | Oparcie z możliwością unieruchomienia głowy pacjenta (dopuszcza się opcję np. zagłówek mocowany do ramy krzesełka | **Tak/Podać** |   |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego, szybkodemontowalne | **Tak/podać** |   |
|  | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie. | **Tak/podać** |   |
|  | Waga max 15 kg z systemem zjazdu po schodach  | **Tak/podać** |   |
|  | Dopuszczalne obciążenie min 180 kg (podać max. obciążenie) | **Tak/Podać** |   |
|  | Gwarancja na krzesełko transportowe kardiologiczne min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |   |
|  | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.)** |  |  |
|  | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
|  | Wykonana z tworzywa sztucznego o dużej wytrzymałości ,odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury, substancje ropopochodne, zwężona od strony nóg ułatwiająca manewrowanie w ciasnych przestrzeniach | **Tak/podać** |  |
|  | Gładka, płaska powierzchnia leża pacjenta. z możliwością prześwietlania promieniami X. | **Tak/podać** |  |
|  | Uchwyty do przenoszenia – min. 18 szt. rozmieszczone na obwodzie deski, zdystansowane od podłoża. | **Tak/podać** |  |
|  | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe wykonane z tworzywa odpornego na krew, min. 6 sztuki z możliwością regulacji długości zakończone metalowymi obrotowymi karabińczykami, zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza , pasy kodowane kolorem | **Tak/podać** |  |
|  | System unieruchomienia głowy wielokrotnego użytku składający się z podkładki pod głowę mocowanej do deski ortopedycznej , dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami usznymi + min. dwa paski mocujące głowę | **Tak/podać** |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie powyżej 158kg,długość min 180 cm, szerokość min 41 cm, ciężar deski max 8 kg. | **Tak/podać** |  |
|  | **DESKA ORTOPEDYCZNA PEDIATRYCZNA** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.)** |  |  |
|  | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
|  | Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci w pokrowcu ochronnym transportowym łatwo zmywalnym. | **Tak/podać** |  |
|  | Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, nienasiąkliwa, przystosowana do dezynfekcji, przepuszczalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym pełną diagnostykę RTG | **Tak/podać** |  |
|  | Wyposażona we wbudowane kodowane kolorem pasy zabezpieczające i co najmniej 4 uchwytami do przenoszenia oraz z wbudowanymi uchwytami do mocowania na noszach. | **Tak/podać** |  |
|  | Wyposażona w wbudowany system do unieruchamiania głowy  | **Tak/podać** |  |
|  |  Dopuszczalne obciążenie min. 40 kg. | **Tak/podać** |  |
|  | Waga deski max. 4 kg | **Tak/podać** |  |
|  | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.)** |  |  |
|  | **Rok produkcji 2021 r.** | **Tak/podać** |  |
|  | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
|  | Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 794-3 | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła zasilania pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów) | **Tak/podać** |  |
|  | Maksymalna waga respiratora ≤ 2,8 kg | **Tak/podać** |  |
|  | Tryb wentylacji IPPV lub CMV | **Tak/podać** |  |
|  | Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej | **Tak/podać** |  |
|  | Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej. | **Tak/podać** |  |
|  | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej | **Tak/podać** |  |
|  | Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci- częstość oddechowa min. 8-40 cykli/min- objętość oddechowa min. 70-1500 ml | **Tak/podać** |  |
|  | Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta) | **Tak/podać** |  |
|  | Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym, przepływ maksymalny > 120 l/min. | **Tak/podać** |  |
|  | Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O | **Tak/podać** |  |
|  | Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji co najmniej 0-20 cmH2O | **Tak/podać** |  |
|  | Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji co najmniej do 25 cm H2O | **Tak/podać** |  |
|  | Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu  | **Tak/podać** |  |
|  | Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O | **Tak/podać** |  |
|  | Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator | **Tak/podać** |  |
|  | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego | **Tak/podać** |  |
|  | Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)- stałego ciśnienia w układzie pacjenta- niskiego ciśnienia gazu zasilającego | **Tak/podać** |  |
|  | układ oddechowy pacjenta – min 3 szt. + min 3 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u  | **Tak/podać** |  |
|  | Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami normy PN EN 1789 | **Tak/podać** |  |
|  | Przenośny zestaw tlenowy:torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/noszybutla tlenowa2llub 2,7 l z reduktorami butlowymi z przepływomierzem i szybko złączką AGA (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używaniakluczy)* ***opcja punktowana:* .**
* **butla tlenowa 2 l lub 2,7 l z reduktorem butlowym z przepływomierzem i gniazdem na szybkozłączkę AGA , - 0 pkt.**
* **butlatlenowaaluminiowa2 l tzw. LIV IQ z zintegrowanym zaworem, manometrem z przepływomierzem wyposażonym w cyfrowy wskaźnik czasu i przepływuO2 z możliwością napełniania do 200 atm. gniazdem na szybkozłączkę AGA, - 2 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Gwarancja na respirator transportowy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |  |
|  | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY Z FUNKCJĄ TRANSMISJI DANYCH(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.)** |  |  |
|  | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
|  | **Rok produkcji 2021.** | **Tak/podać** |  |
|  | Defibrylacja dwufazowa, tryb pracy AED, tryb ręczny, z zakresem regulacji energii od 2 do min. 200 J – funkcją kardiowersji | **Tak/podać** |  |
|  | Przenośny, transportowy, odporny na drgania i wstrząsy; waga kompletnego defibrylatora poniżej 10kg | **Tak/podać** |  |
|  | Posiadający opakowanie transportowe zabezpieczające aparat przed uszkodzeniem, posiadający uchwyt pozwalającym na montaż i transport aparatu w karetce (uchwyt zgodny z normą PN EN 1789 , podać markę i model uchwytu , załączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789 ); | **Tak/podać** |  |
|  | Czas ładowania defibrylatora do energii maksymalnej poniżej 7 sek.( do min. 200J), gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym.  | **Tak/podać** |  |
|  | Regulacja parametrów defibrylacji : wybór energii, ładowanie , wyzwolenie wstrząsu - z łyżek zewnętrznych i płyty czołowej aparatu. | **Tak/podać** |  |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą na poziomie min. IP 44. | **Tak/podać** |  |
|  | Defibrylacja dorosłych i dzieci – łyżki twarde dla dorosłych i dzieci w komplecie, „zainstalowane” na defibrylatorze; | **Tak/podać** |  |
|  | Automatyczna kompensacja prądowa lub napięciowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych. | **Tak/podać** |  |
|  | Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach defibrylacyjnych (wybór energii , ładowanie , wyzwolenie wstrząsu , wydruk); | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie defibrylatora akumulatorowe. Akumulatory ładowane z instalacji ambulansu 12V  | **Tak/podać** |  |
|  | Stymulacja zewnętrzna z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w komplecie kabel do stymulacji; | **Tak/podać** |  |
|  | Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 do 140 mA. | **Tak/podać** |  |
|  | Częstość impulsów regulowana w zakresie co najmniej 40 do 150 imp./min. | **Tak/podać** |  |
|  | 3 odprowadzeniowe monitorowanie EKG – w komplecie kabel do monitorowania. | **Tak/podać** |  |
|  | 12 odprowadzeniowe monitorowanie EKG z funkcją analizy i transmisją przez modem GSM | **Tak/podać** |  |
|  | Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu, w kpl. czujnik klips palcowy | **Tak/podać** |  |
|  | Możliwość nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (NIBP) u pacjentów, pomiary ręczne i automatyczne w określonych odstępach czasu.W kpl. mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: standardowy dla dorosłych 1szt., dla dzieci 1szt. | **Tak/podać** |  |
|  | Wbudowany moduł monitorowania etCO2 u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów etCO2min. 0-99mmHg, zakres częstości oddechów min. 5-80 /minutę | **Tak/podać** |  |
|  | Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów przez dedykowany modem , transmisja GSM do szpitalnych systemów odbiorczych województwa Łódzkiego. | **Tak/podać** |  |
|  | Ekran kolorowy LCD zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia. | **Tak/podać** |  |
|  | Przekątna ekranu min 6” z możliwością wyświetlania min trzech krzywych dynamicznych jednocześnie. | **Tak/podać** |  |
|  | Akumulatory bez efektu pamięci z możliwością doładowywania w aparacie lub zewnętrznej ładowarce bez konieczności pełnego rozładowywania. - ***opcja punktowana:**** **akumulator 1 szt. - 0 pkt,**
* **akumulator 2 szt. - 2 pkt,**
* **akumulator 3 szt. - 4 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Czas pracy na akumulatorze/ach min 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub min 50 defibrylacji z maksymalną energią | **Tak/podać** |  |
|  | Pamięć wewnętrzna min 200 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | **Tak/podać** |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min 30-300/min  | **Tak/podać** |  |
|  | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 2,0 cm/mV | **Tak/podać** |  |
|  | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | **Tak/podać** |  |
|  | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z wytycznymi ERC | **Tak/podać** |  |
|  | Kabel EKG 12-odprow. - ***opcja punktowana:**** **kabel EKG 12 odprow. 1 szt. - 0 pkt,**
* **kabel EKG 12 odprow. 2 szt. - 2 pkt,**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Kabel do stymulacji 1 szt. | **Tak/podać** |  |
|  | Elektrody uniwersalne dla dorosłych i dla dzieci.- ***opcja punktowana:**** **elektrody uniwersalne dla dorosłych i dla dzieci po 1 szt. - 0 pkt,**
* **elektrody uniwersalne dla dorosłych i dla dzieci po 10 szt. - 2 pkt,**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | Gwarancja na defibrylator min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |  |
|  | **KAPNOMETR****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789 + A2 (EN ISO 80601-2-55:2011). Załączyć do oferty, certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |  |
|  | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
|  | **Rok produkcji 2021.** | **Tak/podać** |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji SpO2 : 20– 100% | **Tak/podać** |  |
|  | Dokładność ± 2 cyfry w zakresie 70 – 100% | **Tak/podać** |  |
|  | Zakres pomiaru częstości pulsu: 25– 250 ppm | **Tak/podać** |  |
|  | Dokładność ± 2% ± 2 bpm | **Tak/podać** |  |
|  | Zakres pomiaru CO2 : 0 – 75 mmHg | **Tak/podać** |  |
|  | Zakres pomiaru respiracji: 5 – 120 oddechów / min | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe | **Tak/podać** |  |
|  | Waga do 500 g  | **Tak/podać** |  |
|  | Możliwość ciągłego wyświetlania wartości liczbowej ETCO2  | **Tak/podać** |  |
|  | wyposażenie dodatkowe:* Etui
* Kpl. czujników SpO2 dla wszystkich grup wiekowych
 | **Tak/podać** |  |
|  | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące | **Tak/podać** |  |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |  |
|  | **POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA Z ZASILANIEM SIECIOWO -AKUMULATOROWYM(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.)** |  |  |
|  | **Producent** | **Tak/podać** |  |
|  | **Nazwa i typ** | **Tak/podać** |  |
|  | **Rok produkcji 2021.** | **Tak/podać** |  |
|  | Duży kolorowy wyświetlacz | **Tak/podać** |  |
|  | Możliwość zamontowania strzykawek o różnych objętościach | **Tak/podać** |  |
|  | Automatyczne chwytanie i rozpoznawanie strzykawek | **Tak/podać** |  |
|  | Rozbudowany system alarmów | **Tak/podać** |  |
|  | Biblioteka leków | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe  | **Tak/podać** |  |
|  | Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu pompy (stacja dokująca) | **Tak/podać** |  |
|  | Gwarancja na pompę min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
|  | Wykonawca oferowanego ambulansu zapewnia dostęp do autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski (podać dane adresowe serwisu) | **Tak/podać** |  |
|  | Certyfikat CE | **Tak/podać** |  |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są fabrycznie nowe, nie powystawowe, nieregenerowane, nie demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

UWAGA:

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt. 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć

 osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy

