**Formularz warunków technicznych**

**Załącznik nr 2a do oferty**

Znak Sprawy: **PCM/ZP 01/2024**

**Nazwa Wykonawcy...............................................................................................................**

**Adres:........................................................................................................................................**

**NIP:............................................................................REGON..................................................**

**ZAKUP AMBULANSU DLA ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO (ZRM) WRAZ Z DODATKOWYM WYPOSAŻENIEM ZE ŚRODKÓW SUBFUNDUSZU MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WYODRĘBNIONEGO Z FUNDUSZU MEDYCZNEGO**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**,,**WYMAGANE GRANICZNE WARUNKI TECHNICZNE DLA SAMOCHODU BAZOWEGO,

WYPOSAŻENIA MEDYCZNEGO ORAZ PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO AMBULANSU SANITARNEGO TYPU B **- 1 szt.**

Zamawiający wymaga by oferowane pojazdy były fabrycznie nowe, nieeksploatowane, z roku produkcji min. 2023 z 2 letnią pełną gwarancją mechaniczną – bez limitu kilometrów.

Ambulans musi spełniać wymagania określone w zharmonizowanej polskiej normie PN-EN 1789: A1/2011 lub równoważnej (typ ambulansu B) w zakresie odpowiednim do przedmiotu (zakresu) prowadzonego postępowania.

Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszej SWZ) musi posiadać certyfikat/raport potwierdzający pozytywnie przeprowadzone badania wytrzymałościowe (kompleksowe testy zderzeniowe całego ambulansu) wykonane przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z normą PN-EN 1789:A1/2011 lub równoważną. Dokument ma potwierdzać, iż badaniom podlegał ambulans w oferowanej konfiguracji zabudowy specjalnej na oferowanej marce i modelu pojazdu

Podać datę wystawienia certyfikatu, numer sprawozdania oraz nazwę jednostki, która przeprowadziła badania (testy zderzeniowe):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pojazd kompletny: Marka ………………………………………. Typ …………….…………………………. Oznaczenie handlowe …………….……….…………………………………….

Rok produkcji min. 2023 (podać): ...............................................................................................................................................................................................................................................

Nazwa i adres producenta pojazdu niekompletnego: .........................................................................................................................................................................................................

Pojazd skompletowany: Marka …………….…………………………….. Typ …………….……………………. Oznaczenie handlowe …………….……………………………………….

Rok produkcji min. 2024 (podać): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego: .....................................................................................................................................................................................................

Data wydania i numer świadectwa homologacji: ..................................................................................................................................................................................................................

Nazwa i adres Wykonawcy zabudowy przedziału medycznego: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane warunki (parametry) dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej**  | **warunek graniczny****i****parametry oceniane** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej.**podać, opisać, TAK/NIE  |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **I.** | **NADWOZIE** |
| 1. | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym  | TAK |  |
|  | Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym obejmującymi całe powierzchnie łacznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia **- parametr dodatkowo punktowany** | TAK/NIENIE – **0 pkt.**TAK – 10 **pkt.** |  |
| DMC do 3,5t | TAK |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. | TAK |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy i pasażera, z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej ADK07F do tabletu Zebra z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kabiny kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z panelu sterującego umieszczonego w środkowej części kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera . Zamawiający nie dopuszcza jakiejkolwiek innych niż fabryczne perforacji elementów w kabinie kierowcy.Do uchwytu zamontowana stacja dokująca. Tablet R11AH lub równoważny współpracujący z system SWDPRM o parametrach min.11.6" XGA (1366 x 768) Display SLR with Touch i jasnością wyświetlacza 730nitów; Screen Protection film; CPU Intel i5-5200U; Memory 4GB; Storage MLC SSD 128GB; WLAN+BT Intel 7260; LTE + GPS; RJ45; 2M Front Camera; 5M Rear Camera; 2xUSB3.0; SDHC; TPM1.2; Main Battery Pack x1; Dock Connector w/Pass-Thr; AC Adaptor Power Cord; OS MS Win 10 Pro PL Magnezowa obudowa - odporny na wstrząsy, upadki i zalania/ IP65/ MIL-STD810G/ MIL-STD810FInstalacja anten zewnętrznych GPS/GSM do stacji dokującej.Zainstalowany i uruchomiony moduł lokalizacji pojazdu wraz z anteną zewnętrzną GPS/GSM współpracujący z systemem SWDPRM o parametrach min. FM3300 Teltonika lub rownoważny.Zainstalowana drukarka HP Officejet 202 lub równoważna | TAK |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) | TAK |  |
| Furgon - lakier w kolorze żółtym  | TAK |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 3 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | TAK |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,20m | TAK  |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70m | TAK |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi,  | TAK |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. Z elektrycznym wspomaganiem ich domykania (rozwiązanie fabryczne objete gwarancją pojazdu bazowego). | TAK |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | TAK |  |
| 10. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,80 m. |  TAK  |  |
| 11. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | TAK |  |
| 12. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. Z elektrycznym wspomaganiem ich domykania (rozwiązanie fabryczne objete gwarancją pojazdu bazowego). | TAK |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:- 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,- mocowanie krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,- mocowanie materaca próżniowego,- mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,- mocowanie 2 kasków ochronnych,- mocowanie pojemnika reimplantacyjnego - miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę, | TAK |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera. | TAK |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową, | TAK |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową. | TAK |  |
| 17. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 18. | Reflektory przednie w technologii LED. Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | TAK |  |
| 19. | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane , regulowane oraz składane. | TAK |  |
| 20. | Zestaw narzędzi z podnośnikiem, zestaw naprawczy do uszkodzonych opon. | TAK |  |
| 21. | Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania sie ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe. | TAK |  |
| 22. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. | TAK |  |
| 23. | Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 15l | TAK |  |
| 24. | Kamera biegu wstecznego oraz kamera w przedziale medycznym z obrazem wyświetlanym w lusterku wstecznym lub na oddzielnym dedykowanym wyśfietlaczu. | TAK |  |
| 25. | Fabryczny system multimedialny z ekranem dotykowym min. (7 cali) i zintegrowaną nawigacją. Obsługa za pomocą ekranu dotykowego o wysokiej rozdzielczości lub przycisków dotykowych na kierownicy wielofunkcyjnej. Intuicyjna dotykowa obsługa przy użyciu wyświetlacza i kierownicy. Integracja smartfona przy użyciu np. interfejsu Bluetooth z funkcją zestawu głośnomówiącego, umożliwiającą kierowcy rozmowę przez telefon podczas jazdy w sposób jak najmniej rozpraszający uwagę **- parametr dodatkowo punktowany** | TAK/NIENIE – **0 pkt.**TAK – **10 pkt.** |  |
| 26 | Fabryczny pakiet parkowania z kamerą 360° , asystent parkowania do prędkości wynoszącej 10 km/h ostrzega wizualnie (na centralnym wyświetlaczu) i dźwiękowo przed przeszkodami przed i za pojazdem, pomagając w ten sposób unikać uszkodzeń podczas parkowania i manewrowania **- parametr dodatkowo punktowany** | TAK/NIENIE – **0 pkt.**TAK – **10 pkt.** |  |
| 27. | Instalacja elektryczna przedziału medycznego podłączona poprzez dedykowany moduł pojazdu bazowego typu PSM, KFG itp.(technologia CAN bus). | TAK |  |
| 28. | Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym z panelu sterującego. | TAK |  |
| 29. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Panel umieszczony w centralnej środkowej części kokpitu kierowcy, sterujący następującymi funkcjami: (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym). | TAK |  |
| sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze), | TAK |  |
| sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika, | TAK |  |
| sterowanie układem klimatyzacji, | TAK |  |
| sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów, | TAK |  |
|  | sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękowąniskotonową, | TAK |  |
|  | sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym, | TAK |  |
| funkcja SERWIS, powiadamiająca o zbliżającym się terminie przeglądu zabudowy. | TAK |  |
| możliwość załaczania przetwornicy prądu 12/230V  | TAK |  |
| możliwość załaczania intercomu | TAK |  |
| dwustopniowe podświetlenie przycisków I stopień dla funkcji niezałączonej, II stopień dla funkcji załączonej | TAK |  |
| miernik zuzycia paliwa dla ogrzewania niezaleznego od pracy silnika | TAK |  |
| graficzne monitorowanie pracy powietrznego ogrzewania przedziału medycznego niezaleznego od pracy silnika | TAK |  |
| sygnalizacja graficzna wysunietego stopnia wejsciowego | TAK |  |
| **II.** | **SILNIK** |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | TAK |  |
| 2. | Silnik o pojemności min. 1950 cm³. | TAK |  |
| 3. | Silnik o mocy min. 180 KM.  | TAK |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 400 Nm  | TAK |  |
| 5. | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6 | TAK |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. (Zamawiający nie dopuszcza skrzyni automatycznej i zautomatyzowanej) | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | TAK |  |
| 3. | Napęd na koła przednie lub tylne. | TAK |  |
| **IV.** | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | TAK |  |
| 2. | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny. | TAK |  |
| 3. | Elektroniczny korektor siły hamowania. | TAK |  |
| 4. | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania. | TAK |  |
| 5. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie i tylne wentylowane. | TAK |  |
| 6. | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | TAK |  |
| 7. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR. | TAK |  |
| 8. | System zapobiegajacy niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy ***lub równoważny*** - **parametr dodatkowo punktowany.** | TAK/NIENIE – **0 pkt.**TAK – 5 **pkt.** |  |
| 9. | System wspomagania ruszania pod górę, | TAK |  |
| **V.** | **ZAWIESZENIE** |
| 1. | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej) | TAK |  |
| 2. | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | TAK |  |
| **VI.** | **UKŁAD KIEROWNICZY**  |
| 1. | Ze wspomaganiem. Kierownica regulowana w dwóch płaszczyznach niezależnie tzn. góra-dół i przód tył. | TAK |  |
| **VII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |
| 1. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK |  |
| 2. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | TAK |  |
| 3. | Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy min. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego  | TAK |  |
| 4. | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| **VIII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | TAK  |  |
| 2. | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający sile elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A*.* | TAK |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 200 A. | TAK  |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | TAK |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 Vb) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznymd) zabezpieczenie przeciwporażeniowee) przewód zasilający min 10m. | TAK |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | TAK |  |
| 7. | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | TAK |  |
| 8. |  Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym typu Lexel (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,- gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | TAK |  |
| 9. | Atestowana przetwornica prądu stałego 12V na zmienny 230V/50Hz o mocy ciągłej min. 1000VA (czysta sinusoida). W przedziale medycznym 2 oddzielne gniazda 230V zasilane z tej przetwornicy do obsługi sprzętu medycznego i drukarki systemu wymagających zasilania 230V w czasie jazdy, z możliwością wyłączenia napięcia. | TAK |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu    pojazdu   z modułami   LED koloru niebieskiego  . W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK |  |
| 2. | Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem umieszczona w tylnej części dachu    pojazdu   z   modułami LED koloru niebieskiego,  dodatkowe światła LED robocze do oświetlania przedpola za ambulansem  | TAK |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | TAK |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni | TAK |  |
| 5. | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego,  | TAK |  |
| 6. | Min. dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu, do oświetlenia miejsca akcji, po jednym z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego,  | TAK |  |
| 7. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 03.01.2023 r.:1) wzorem graficznym systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne o średnicy 50 cm, umieszczonym na tylnych drzwiach oraz na dachu i po bokach, w tylnej części pojazdu;2) napisem lustrzanym „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości liter co najmniej 22 cm, umieszczonym z przodu pojazdu; dopuszczalne jest umieszczenie napisu „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości liter co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;3) po bokach literą barwy czerwonej:a) „P” – w przypadku podstawowego zespołu ratownictwa medycznego,umieszczoną w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm; grubość linii okręgu i liter wynosi 4 cm;4) trzema pasami odblaskowymi:a) pasem typu 3 – barwy czerwonej, o szerokości co najmniej 15 cm, umieszczonym wokół dachu,b) pasem typu 3 – barwy niebieskiej, umieszczonym bezpośrednio nad pasem, o którym mowa w lit. c,c) pasem typu 3 – barwy czerwonej, o szerokości co najmniej 15 cm, umieszczonym między linią okien a nadkolami;5) logotypem zawierającym nazwę dysponenta jednostki lub nazwę dysponenta jednostki, umieszczonym po bokach pojazdu w dolnej części drzwi kierowcy i pasażera lub na tylnych drzwiach w dolnej części;6) kryptonimem zespołu ratownictwa medycznego określonym w wojewódzkim planie działania systemu, barwy czerwonej, o wysokości liter 10 cm, umieszczonym po bokach i z tyłu pojazdu, pod okręgami z oznaczeniem zespołu, o których mowa w pkt 3.Przed wykonaniem oklejenia wymagane jest przedstawienie projektu do akceptacji Zamawiającego. | TAK |  |
| **X.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej: | TAK |  |
| 1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych LED, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne), | TAK |  |
|  | 2) oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.), | TAK |  |
| 3) halogen zamontowany nad blatem roboczym | TAK |  |
| **XI.** |  **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta)- pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | TAK |  |
| 1. | **1/** Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):- szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. trzy szuflady: w jednej szufladzie system mocowania drukarki systemu PRM SWD z instalacją zasilającą i połaczeniową z tabletem, mocowanie ma umożliwiać drukowanie dokumentów oraz bezpieczny transport po zamknięciu szuflady (Zamawiający dopuszcza mocowanie drukarki w specjalnym uchwycie zamontowanym na ścianie działowej), w dwóch pozostałych szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki,- pojemnik na zużyte igły,- wysuwany kosz na odpady,- termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury,- miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,- jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od węzgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,- przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. | TAK |  |
| **2/** Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą) :- min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b/ jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,c/ uchwyt na butlą tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at, d/ uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,e/ przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznegof/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Sterujący następującymi funkcjami: (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym).: - sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V, - sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji.- załączanie intercomu,- sterowanie głosnikiem radiotelefonu,- regulacja głośności w głosnikach radioodtwarzacza, | TAK |  |
| **3/ U**chwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom:- normy PN EN 1789+A2:2015-01 ***lub*** - normy PN EN 1789+A1:2011 pod warunkiem, że pojazd został zabudowany przez producenta, któremu jednostka certyfikująca przyznała uprzednio certyfikat wg wymagań PN EN 1789+A1:2011 i certyfikat ten nadal jest aktualny ***lub*** - innej normy równoważnej tj. odpowiadającej treści normy PN EN 1789+A2:2015-01 w tym zakresie,oraz jest elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - **parametr dodatkowo punktowany.**  | TAK/NIE TAK - **5 pkt**.NIE - **0 pkt.** |  |
|  | **4/** Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):a/ min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b/ pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),c/ min. 2 przesuwne na szynach płyty do zamocowania dowolnego defibrylatora transportowego, dowolnej pompy infuzyjnej, d/ na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,e/ szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana podwójną roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne.f) schowek na narkotyki zamykany zamkiem szyfrowym, | TAK |  |
|  | **5/** Na lewej ścianie przy fotelu zamontowany duży plaski panel informacyjny o wymiarach min. 600x600 mm umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie.  | TAK |  |
|  | **6/** System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej.W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - atest 10G; miejsce mocowania tj. w przedziale medycznym jako **parametr dodatkowo punktowany.**  | TAK (podać miejsce mocowania – **w przypadku mocowania w przedziale medycznym podać, czy jest całopojazdowa homologacja – atest 10G**:TAK - **10 pkt**.NIE - **0 pkt.**) |  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | TAK |  |
| 3. | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | TAK |  |
| 4. | Centralna instalacja tlenowa:a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze) , b) sufitowy punkt poboru tlenu, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego,c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi, d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,e) konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. | TAK |  |
| 5. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę pod kątem nie większym jak 10 stopni, długość leża pacjenta w zakresie 190 - 195 cm, (podać markę i model). | TAK |  |
| 6. | Montaż lawety do przesuwnych paneli umożliwiających mocowanie dowolnej podstawy pod nosze główne bez ingerowania w podłogę ambulansu i jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu - **parametr dodatkowo punktowany** | TAK/NIETAK - **15 pkt**.NIE - **0 pkt.** |  |
| 7. | Wzmocniona i wypełniona materiałem izolacyjnym o grubości min. 25 mm podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. W podłodze zintegrowane wzmocnienia pod lawetę i fotele. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 8. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | TAK |  |
| **XII.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu. | TAK |  |
|  | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | TAK |  |
|  | Wyposażenie kabiny kierowcy w przewoźny radiotelefon cyfrowo-analogowy gotowy do użycia (podłączone zasilanie 12 do 16V – z uziemionym minusem) pracujący w paśmie częstotliwości VHF (136-174 MHz) z regulowaną mocą wyjściową w.cz. 1W-25W o poniższych parametrach technicznych:a) złącze akcesoriów zgodne ze standardami USB,b) głośnik w panelu czołowym,c) czytelny dwuwierszowy, podświetlany wyświetlacz alfanumeryczny z ikonami,d) minimum 4 programowalne przyciski dla dogodnej i szybkiej obsługi wybranych funkcji,e) kompaktowy mikrofon wyposażony w podświetlaną klawiaturę,f) liczba kanałów pracy 160 lub większa,g) funkcje dodatkowe:-zdalny monitoring,-możliwość nadania adresu IP,-dezaktywacja radiotelefonu,-wywołanie sieciowe,-wysyłanie SMS,-praca skaningu w trybie analogowym i cyfrowym,-zdalne sprawdzenie radiotelefonu.Radiotelefon musi być zainstalowany w kabinie kierowcy (podłączone zasilanie 12V). | TAK |  |
|  | Wyposażenie kabiny kierowcy w przenośny radiotelefon cyfrowo-analogowy gotowy do użycia:lość kanałów min. 1000Moc 1-5W VHF, 1-4W UHFZakres częstotliwości 136-174 MHz, 403-527 MHzOdstęp międzykanałowy 6.25/12.5/25Spełnia normę IP57 (odporność na zanurzenie w wodzie)Posiadają certyfikat iskrobespieczeństwa FMW zestawie z radiotelefonem dodatkowo znajdują się:- Akumulator- Ładowarka 230V- Pokrowiec- Zaczep na pas | TAK |  |
|  | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu: | TAK |  |
| a) dostrojona na zakres częstotliwości 168.900 Mhz, | TAK |  |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm, | TAK |  |
| c) współczynnik fali stojącej ≤ 1,0, | TAK |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | TAK |  |
| **XIII.** | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | TAK |  |
|  | Komplet opon zimowych z felgami | TAK |  |
|  | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym | TAK |  |
|  | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło LED, | TAK |  |
|  | Trójkąt ostrzegawczy – 2 sztuki, komplet kluczy, podnośnik samochodowy | TAK |  |
|  | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
|  | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| **XIV.** | **SERWIS** |
| 1. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu  | TAK |  |
| 2. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| 3. | Reakcja serwisu zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu 48 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w czasie nie krótszym jak 48 godziny od zgłoszenia - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. (podać z dokładnością do 1 godzimy) | TAK (określić)**48 godzin - 0 pkt.****Najkrótszy czas – 10 pkt.**Pozostałe proporcjonalnie |  |
| 4. | Gwarancja dostarczenia w ciągu max. 48 godzin do siedziby Zamawiającego ambulansu zastępczego spełniającego wymagania ambulansu typu B, jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił minimum 5 dni. **Parametr dodatkowo punktowany** | TAK (określić)**48 godzin - 0 pkt.****Najkrótszy czas – 15 pkt**.Pozostałe proporcjonalnie  |  |
| **XV.** | **GWARANCJA** |
| 1. | Gwarancja mechaniczna na ambulanse, nie krócej jednak niż 24 miesiące (bez limitu km). | TAK |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. | TAK |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy. | TAK |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. **Parametr dodatkowo punktowany** | TAK (określić)**24 m-ce - 0 pkt.****Największa wartość – 10 pkt.**Pozostałe proporcjonalnie. |  |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące. | TAK |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NOSZE GŁÓWNE ELEKTRYCZNO-HYDRAULICZNE O UDŹWIGU POWYŻEJ 300 kg –** 1 szt. (nosze z systemem elektrycznego wspomagania podnoszenia, opuszczania oraz załadunku noszy) |
| marka (należy podać) -  |
| model (należy podać) - |
| rok produkcji (należy podać min. 2023) -  |
|  | **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Nosze fabrycznie nowe |  |  |
| 2 | Wykonane z materiału odpornego na korozje lub z materiału zabezpieczonego przed korozją |  |  |
| 3 | Długość całkowita noszy min. 190 cm |  |  |
| 4 | Szerokość całkowita noszy min. 55 cm |  |  |
| 5 | Skracana rama noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach. |  |  |
| 6 | Całkowita długość noszy po skróceniu max. 160 cm. |  |  |
| 7 | Możliwość pochylenia, częściowego lub pełnego rozłożenia podparcia pleców noszy nawet po skróceniu ramy noszy |  |  |
| 8 | Nosze wyposażone w zagłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w przypadku transportu pacjenta o znacznym wzroście. |  |  |
| 9 | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia, ułożenia głowy na wznak oraz do tzw. pozycji węszącej |  |  |
| 10 | Płynna elektryczna i zapasowa manualna regulacja wysokości leża noszy w zakresie dolny od min. 36 cm górnym od min. 90 cm. |  |  |
| 11 | Udźwig noszy powyżej 300 kg. |  |  |
| 12 | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia zestawu |  |  |
| 13 | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha |  |  |
| 14 | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnym funkcji |  |  |
| 15 | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° |  |  |
| 16 | Rozkładane, regulowane w min. 7 pozycjach poręcze boczne zwiększające powierzchnię strefy do leżenia do szerokości min. 75 cm, certyfikowane w zakresie normy PN-EN 1865-3:2012 lub równoważnej (dla noszy i zaoferowanych barierek załączyć deklarację zgodności z normą lub normą równoważną wystawioną przez podmiot trzeci, na który wykonawca nie może wywierać decydującego wpływu załączyć do oferty) |  |  |
| 17 | Nosze wyposażone w 4 koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. Min. 2 koła wyposażone w hamulce. |  |  |
| 18 | 2 koła kierunkowe z systemem blokady toczenia na wprost (zwolnienie i uruchomienie blokady dostępne z tyłu noszy) |  |  |
| 19 | Dodatkowy system blokady toczenia na wprost dostępny z przodu noszy **– parametr dodatkowo punktowany** | **Dodatkowy system blokady – 5 pkt.****Brak dodatkowego systemu – 0 pkt.** |  |
| 20 | 3 częściowy, składany teleskopowo wieszak na płyny infuzyjne |  |  |
| 21 | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy oraz systemem pasów/uprzęży służących do transportu małych dzieci w pozycji leżącej lub siedzącej. |  |  |
| 22 | Wyprofilowany materac mocowany na rzepy, umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, przystosowany do przewozu pacjentów otyłych o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące |  |  |
| 23 | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy w tym do sterowania noszy |  |  |
| 24 | Sterowanie elektryczne noszy zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu |  |  |
| 25 | Sterowanie elektryczne noszy dostępne na dwóch poziomach wysokości, zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu o zróżnicowanym wzroście – **parametr dodatkowo punktowany**  | **Uchwyty do sterowania umieszczone na dwóch wysokościach – 1 pkt.****Uchwyty do sterowana umieszczone na jednej wysokości – 0 pkt.**  |  |
| 26 | Wyświetlacz stanu naładowania akumulatora wbudowany w nosze |  |  |
| 27 | System bezprzewodowego ładowania akumulatora noszy po wpięciu w mocowanie, sygnalizacja świetlna rozpoczęcia procesu ładowania w zestawie dodatkowa ładowarka/zasilacz akumulatora noszy 230V |  |  |
| 28 | Możliwość szybkiej, bezpiecznej wymiany akumulatora w noszach bez pomocy narzędzi **– parametr dodatkowo punktowany** | **Wymiana bez użycia narzędzi 1 pkt.** **Wymiana z użyciem narzędzi – 0 pkt.** |  |
| 29 | Nosze z automatycznym, hydrauliczno-elektrycznym systemem podnoszenia, obniżania eliminującym ręczne przenoszenie pełnego ciężaru pacjenta i noszy |  |  |
| 30 | Dodatkowy/rezerwowy system ręcznej obsługi noszy w tym: opuszczania, podnoszenia, załadunku i wyładunku noszy z ambulansu |  |  |
| 31 | Ręczna obsługa noszy (opuszczanie, podnoszenie, załadunek, rozładunek) dostępna w sytuacji transportu pacjenta wymagającego pozycji leżącej, dostęp do wszystkich manipulatorów ręcznego sterowania noszami bez konieczności zmiany pozycji pacjenta |  |  |
| 32 | Potwierdzenie spełnienia przez nosze normy dla medycznych urządzeń elektrycznych IEC 60601-1 lub równoważnej  |  |  |
| 33 | Waga noszy 75 kg. Zgodnie z zapisami normy 1865-2:2010 + A1:2015 lub równoważnej oraz potwierdzenie spełnienia dynamicznej normy zderzeniowej PN EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważnej dla zapięcia noszy. Dokumenty potwierdzające spełnienie ww. norm lub normy równoważnej wystawione przez podmiot trzeci, na który wykonawca nie może wywierać decydującego wpływu, załączyć do oferty. |  |  |
| 34 | System mocowania noszy montowany bezpośrednio do podłogi ambulansulub stołu medycznego tzw. lawety, umożliwiający załadunek i rozładunek pacjenta bez wysiłku fizycznego o udźwigu minimum 390kg. System mocowania noszy lub stołu medycznego tzw. lawety musi być zgodny z zapisami norm PN-EN 1865-5:2012 lub równoważnej oraz posiadać potwierdzenie spełnienia dynamicznej normy zderzeniowej dla zapięcia noszy PN EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważnej. Z uwagi na udźwig noszy zamawiający wymaga załączenia do oferty karty katalogowej mocowania noszy oraz karty katalogowej stołu medycznego tzw. lawety, jeśli została zaoferowana.Dokumenty mają jednoznacznie potwierdzać, że zaoferowane rozwiązanie jest przeznaczone do użytkowania z zaproponowanym modelem noszy. Dokumenty potwierdzające spełnienie ww. norm wystawione przez podmiot trzeci, na który wykonawca nie może wywierać decydującego wpływu, załączyć do oferty. |  |  |
| 35 | Wbudowany w mocowanie noszy zapasowy panel sterowania pozwalający na automatyczne unoszenie/opuszczanie noszy, wypinanie/wpinanie noszy z funkcją rezerwowej obsługi manualnej wyżej opisanych opcji **– parametr dodatkowo punktowany** | **Wbudowany zapasowy panel sterowania noszy – 1 pkt.** **Brak zapasowego panelu sterowania – 0 pkt.** |  |
| 36 | Fabrycznie zainstalowane w mocowanie noszy wskaźniki typu LED ułatwiające naprowadzanie noszy na system mocowania np.: w nocy i potwierdzające poprawne zapięcie noszy w mocowaniu **– parametr dodatkowo punktowany** | **Wbudowane wskaźniki typu LED – 1 pkt.****Brak wskaźników – 0 pkt.** |  |
| 37 | Możliwość mycia ciśnieniowego mocowania podłogowego oraz ukompletowanych noszy (z akumulatorem). |  |  |
| 38 | Klasa szczelności noszy min. IPX6 |  |  |
| 39 | Zakres temperatur pracy noszy elektryczno-hydraulicznych od -20° do 54° C. |  |  |
|   | **GWARANCJA NA NOSZE BARIATRYCZNE**  |
|  1 | Okres gwarancji na nosze i system załadunku – min. 24 m-c |  |  |
| 2 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski |  |  |
| 3 | Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych – min. 1 darmowy przegląd w okresie obowiązywania gwarancji |  |  |
| 4 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji – podać max. 24 h czas reakcji |  |  |
| 5 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji – max. 7 dni od momentu zgłoszenia Wykonawcy awarii |  |  |
| 6 | Instrukcja obsługi i serwisowa w j. polskim |  |  |
| 7 | Deklaracja zgodności (załączyć do oferty) |  |  |

Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwania pacjenta po schodach.

|  |
| --- |
| 1. **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE –** 1 szt.(Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwania pacjenta po schodach)
 |
| marka (należy podać) -  |
| rok produkcji min. 2023 (należy podać) –  |
|  | **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  1 | - fabrycznie nowe- 4 koła w tym 2 skrętne,- możliwość złożenia do transportu w ambulansie,- wysuwane rączki przednie,- wysuwane uchwyt ramy oparcia,- udźwig – minimum 200kg ,- podpórka pod stopy pacjenta,- 2 pasy poprzeczne,- dodatkowe rączki tylne,- waga krzesełka – maksymalnie 10 kg,- system płozowy o masie max. 5 kg. |  |  |
|   | **GWARANCJA NA KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE**  |
|  1 | Okres gwarancji – min. 24 m-c |  |  |
| 2 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski |  |  |
| 3 | Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych – min. 1 darmowy przegląd w okresie obowiązywania gwarancji |  |  |
| 4 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji – podać max. 24 h czas reakcji |  |  |
| 5 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji – max. 7 dni od momentu zgłoszenia Wykonawcy awarii |  |  |
| 6 | Instrukcja obsługi i serwisowa w j. polskim |  |  |
| 7 | Deklaracja zgodności (załączyć do oferty) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **SYSTEM DO DEKONTAMINACJI PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO –** 1 szt. (urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce wbudowanego w pojazd lub umozliwiajacego montaż do pojeżdzie) |
|  | marka (należy podać) - rok produkcji min. 2023 (należy podać) – |
|  | **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | System do dekontaminacji przedziału medycznego fabrycznie nowy |  |  |
|  | Bezpieczny dla ludzi sposób dezaktywacji patogenów obecnych w pomieszczeniu. Urządzenie powinno działać bezustannie również podczas transportu pacjenta przy obecności personelu medycznego. Możliwość ręcznego wyłączenia urządzenia. |  |  |
|  | Niszczenie patogenów powinno odbywać się przy pomocy jonów nadtlenkowych, jonów hydroksylowych oraz niewielkich i bezpiecznych w dawce cząsteczek ozonu. |  |  |
|  | Urządzenie powinno wykorzystywać: promieniowanie bakteriobójcze (UV-­‐C), fotoutlenianie katalityczne (nanocząsteczki tlenku tytanu), jony nadtlenkowe, cząsteczki ozonu w niskich stężeniach. |  |  |
|  | Technologia zastosowana w urządzeniu powinna zapewniać dezaktywację wirusów, bakterii, grzybów, pleśni i związków organicznych obecnych w powietrzu, na powierzchniach przedmiotów, mebli i urządzeń znajdujących się w pomieszczeniu. |  |  |
|  | Urządzenia powiino działać tak aby po max. 5 minutach pracy urządzenia w powietrzu uzyskano min. 90% redukcji bakterii i 90% redukcji standardowego surogatu wirusa. |  |  |
|  | Urządzenie powinno być skuteczne zarówno przeciwko kolifagowi MS‐2 (surogat Norowirusa - jest to wirus bez otoczki), jak i wirusom z otoczką lipidową jak SARS‐CoV‐2. Urządzenie powinno być też skuteczne w dezaktywacji wirusa grypy, czy innych wirusów przenoszących się drogą kropelkową. |  |  |
|   | **GWARANCJA NA SYSTEM DO DEKONTAMINACJI PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1 | Okres gwarancji – min. 24 m-c |  |  |
| 2 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski |  |  |
| 3 | Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych – min. 1 darmowy przegląd w okresie obowiązywania gwarancji |  |  |
| 4 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji – podać max. 24 h czas reakcji |  |  |
| 5 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji – max. 7 dni od momentu zgłoszenia Wykonawcy awarii |  |  |
| 6 | Instrukcja obsługi i serwisowa w j. polskim |  |  |
| 7 | Deklaracja zgodności (załączyć do oferty) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV.** | **VIDEOLARYNGOSKOP –** 1 szt. |
|  | marka (należy podać) - rok produkcji min. 2023 (należy podać) – |
|  | **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **1** | Urządzenie zarejestrowane jako wyrób medyczny według normy IEC 60601-1-2:2007. Fabrycznie nowe. |  |  |
| **2** | Kolorowy wyświetlacz LCD min. 2,5” |  |  |
| **3** | Wyświetlacz z możliwością obrotu w osi pionowej 45◦ |  |  |
| **4** | Wbudowana kamera CMOS |  |  |
| **5** | Żródło światła laryngoskopu LED o dużej intensywności |  |  |
| **6** | Bateria wystarczająca na pracę przez min. 250 minut |  |  |
| **7** | Bateria litowa 3 - 4V |  |  |
| **8** | Masa urządzenia – 200 - 220g |  |  |
| **9** | Włączanie i wyłączanie urządzenia za pomocą jednego dedykowanego przycisku |  |  |
| **10** | Wskaźnik zużycia akumulatora na ekranie |  |  |
| **11** | Dostępne łyżki: rozmiary od 1 do 4 |  |  |
|   | **GWARANCJA NA VIDEOLARYNGOSKOP** |
|  1 | Okres gwarancji – min. 24 m-c |  |  |
| 2 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski |  |  |
| 3 | Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych – min. 1 darmowy przegląd w okresie obowiązywania gwarancji |  |  |
| 4 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji – podać max. 24 h czas reakcji |  |  |
| 5 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji – max. 7 dni od momentu zgłoszenia Wykonawcy awarii |  |  |
| 6 | Instrukcja obsługi i serwisowa w j. polskim |  |  |
| 7 | Deklaracja zgodności (załączyć do oferty) |  |  |

Zamawiający informuje, że ilekroć przedmiot zamówienia określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opisany jest przez wskazanie znaku towarowego, patentu lub pochodzenia dopuszcza się rozwiązania równoważne tzn. posiadające cechy, parametry, zastosowanie nie gorsze niż opisane w przedmiocie zamówienia. Wykazanie równoważności zaoferowanego przedmiotu spoczywa na Wykonawcy.

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

.................................., dnia : .............................