**Formularz ofertowy Tabela nr 5 opis techniczny pojazdu bazowego :**

***Nie załączać do oferty – dopiero na wezwanie Zamawiającego***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Obszar** | **Lp.1** | **Opis wymaganych minimalnych warunków i parametrów techniczno-użytkowych**  | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane : \***(opisać, podać parametry) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Nadwozie, ochrona, bezpieczeństwo : | 1.1 | Furgon, podwyższony, o wysokości i długości zapewniającej parametry opisane w tabeli 5.1, oddzielne siedzenia w kabinie kierowcy, fotele kierowcy i pasażera z pełną regulacją; regulacja wzdłużna, regulacja pochylenia oparcia, regulacja wysokości, czołowe i boczne poduszki bezpieczeństwa + kurtyny, dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy (**kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** |  | \* Podać markę , typ, model pojazdu bazowego |
| 1.2 | stopień drzwi tylnych antypoślizgowy pełniący jednocześnie funkcję zderzaka |  |  |
| 1.3 | drzwi tylne wysokie przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250o z systemem blokowaniaprzy otwarciu  |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie, podać kąt otwarcia drzwi |
| 1.4 | kolor nadwozia: żółty (RAL 1016), lub biały |  |  |
| 1.5 | centralny zamek na wszystkie drzwi + immobiliser + autoalarm sterowany pilotem |  |  |
| 1.6 | dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody i błota na podłodze |  |  |
| 1.7 | lusterka zewnętrzne dzielone, podgrzewane i sterowane elektrycznie. |  |  |
| 1.8 | szyby boczne w kabinie kierowcy odsuwane elektrycznie. |  |  |
| 1.9 | wszystkie szyby termoizolacyjne, szyba czołowa podgrzewana elektrycznie (poza nadmuchem ciepłego powietrza). Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.10 | regulacja kolumny kierownicy min. w dwóch płaszczyznach. |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | 1.11  | sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy – o niedomknięciu którychkolwiek drzwi  |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.12 | automatyczny, elektryczny system domykania drzwi przesuwnych lewych i prawych – (**kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** (parametr dopuszczony – nie wymagany) |  |  |
| 1.13 | drzwi boczne lewe fabrycznie bez szyby -  |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.14 |  |  |  |
| 1.15 | automat załączania świateł dziennych lub światła do jazdy dziennej LED włączane automatycznie |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.16 | reflektory przeciwmgielne przednie |  |  |
|  |  |  |  |
| 2. | Silnik : | 2.1 | Turbodiesel – z podgrzewaniem na postoju, ułatwiającym rozruch – **spełniający obowiązującą na dzień dostawy normę emisji spalin:** zużycie energii nie większe niż **4,72MJ/km** |  | \*Podać, normę emisji spalin, zużycie energii w MJ/km, zgodnie z zapisami w świadectwie homologacji  |
|  |  | 2.2 | moc silnika **min.** **160 KM,** maksymalny moment obrotowy **min**. **350 Nm**  |  | \*Podać pojemność, moc silnika w KM oraz maksymalny moment obrotowy w Nm – i przy jakich obrotach osiągany |
| 2.3 | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75L, zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 15L |  | \*Podać pojemność zbiornika paliwa |
|  |  | 2.4 | Grzałka elektryczna do podgrzewania silnika działająca na postoju, po podłączeniu do sieci 230V  |  |  |
| 3. | Trakcja | 3.1 | skrzynia biegów manualna 6 biegów + wsteczny: automatyczna + bieg wsteczny - **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** |  | \*Podać rodzaj skrzyni biegów – jeżeli manualna, ile biegów |
|  |  | 3.2 | napęd : na oś przednią lub tylną, dopuszczony ale nie wymagany napęd 4x4 **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** |  | \*Podać : przedni czy tylny |
|  |  | 3.3 | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy  |  | \*Podać nazwę,. |
| 4. | Hamulce | 4.1 | tarczowe na przedniej i tylnej osi, z systemem antypoślizgowym ABS, lub równoważnym |  |  |
|  |  | 4.2 | system wspomagania nagłego hamowania BAS albo równoważny **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** |  | \*Podać nazwę,  |
|  |  | 4.3 | elektroniczny układ rozdziału siły hamowania **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** |  | \*Podać nazwę,  |
| 5. | Układ kierowniczy | 5. | wspomaganie układu,  |  |  |
| 6. | Koła i ogumienie | 6. | kpl. kół założonych na pojeździe z oponami letnimi + koło rezerwowe / **dopuszczalny zestaw naprawczy koła** **+ dodatkowo cztery koła kompletne z oponami zimowymi** |  |  |
| 7. | Wentylacja | 7. | Zapewniająca min. 20 krotną wymianę powietrza na godzinę w czasie postoju pojazdu |  |  |
| 8. | Zawieszenie | 8. | Wzmocnione amortyzatory, wzmocnione stabilizatory osi przedniej i tylnej |  | \*Opisać czy wskazane elementy są wzmocnione |
|  |
| **Formularz ofertowy****Tabela nr 5a. opis skompletowanego ambulansu sanitarnego z zabudową specjalistyczną**  |
| Korekta 25.10.2022 r. |
| Ambulans powinien spełniać jednocześnie : wymagania zapisane w tabeli **nr 5 i 5a** oraz warunki zgodne z obowiązującymi przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2016, poz. 2022, z późn. zm.), **wymagania aktualnych wersji norm; PN EN 1789** (ambulans typu C) **oraz PN-EN 1865** (dla urządzeń do transportowania pacjentów) – lub równoważnych**,** wymogi dotyczące oznakowania ambulansu zawarte w załączniku nr 2 do Rozporządzeniu Min. Zdrowia z dnia 17.12.2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 2487 z późn zm.) oraz pozostałe wymogi określone przez Zamawiającego. |
|  |
| **Lp.** | **Obszar** | **Lp.1** | **Opis wymaganych minimalnych warunków i parametrów techniczno-użytkowych**  | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane****\***(opisać, podać parametry) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. | Nadwozie : | 1.1 | Oznakowanie pojazdu:- pasy odblaskowe w/g Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. w szczególności :a) pas odblaskowy z folii **typu 3** barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli - szerokość **min. 15 cm**, **max. 20 cm**;b) pas odblaskowy z foli **typu 1 lub 3** barwy czerwonej umieszczony **wokół** dachu – szerokość **min. 15 cm**, **max. 20 cm**;c) pas odblaskowy z folii **typu 1** barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) szerokość **min. 15 cm**,  |  | \* |
| 1.2 | a) napis lustrzany "AMBULANS" z przodu pojazdu o wysokości min. 22 cmb) napis „AMBULANS” z tyłu pojazdu o wysokości min. 10 cm, w.g Rozporządzenia. |  |  |
| 1.3 | napis "**PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE**" na mat. odblask. wpisany w okrąg z krzyżem w środku ; na bocznych ścianach ambulansu, na przedniej części dachu i na tylnych drzwiach – wg Rozporządzenia.  |  |  |
| 1.4 | dodatkowe emblematy „**N**” po obu stronach pojazduoraz na drzwiach tylnych –**do uzgodnienia po podpisaniu umowy** |  |  |
| 1.5 | **logo Zamawiającego** na drzwiach kabiny po obu stronach pojazdu **- do uzgodnienia po podpisaniu umowy** |  |  |
|  |  | 1.6 | czterocyfrowe numery ewidencyjne pojazdu o wysokości cyfr - 8 cm, umieszczone z przodu po prawej stronie nad szybą czołową i z tyłu po prawej stronie na górze – **do uzgodnienia po podpisaniu umowy** |  |  |
|  |  | 1.7 |  2 emblematy instytucji dotującej wg wzoru dostarczonego po podpisaniu umowy naklejone na lewą i prawą część nadwozia ambulansu -  |  |  |
|  |  | 1.8 | drzwi boczne prawe przesuwne, przeszklone, z szybą odsuwaną, **stopień wejściowy stały**, **lub wysuwany obrotowo**, wewnętrzny lub zewnętrzny, bezpoślizgowy - umiejscowienie stopnia oraz jego pozycja muszą zapewniać pewne i bezpieczne wejście oraz wyjście, a jednocześnie nie może ograniczać prześwitu do progu nadwozia i stwarzać zagrożenia uderzania w krawężniki przy parkowaniu lub wjeżdżaniu na chodnik – max. wysokość powierzchni stopnia od jezdni 51 cm przy nominalnym obciążeniu bez pasażerów.  |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie dotyczące stopnia wejściowego. |
|  |  | 1.9 | Krawędź podłogi przy wejściu zabezpieczona bezpoślizgowym kątownikiem z tworzywa sztucznego lub metalu  |  |  |
|  |  | 1.10 | Krawędzie progów drzwi kabiny kierowcy L+P strona zabezpieczone przed ścieraniem lakieru nakładkami z tworzywa sztucznego |  |  |
|  |  | 1.11 | Lampka typu LED nad siedzeniem pasażera, umożliwiająca czytanie lub pisanie w nocy |  |  |
|  |  | 1.12 | **~~Uchwyt do tabletu~~** ~~montowany w kokpicie kierowcy -~~ ~~Opis w pkt. 7.6 i Tabeli nr 6~~ |  | \* Opisać oferowane rozwiązanie |
|  |  | 1.13 | **~~Miejsce,~~****~~z wyprowadzonymi kablami~~**~~, do zamontowania drukarki HP Officejet 200 lub równoważnej z podstawą, jeżeli na ściance działowej do kabiny kierowcy, nad blatem roboczym, to w takim miejscu aby nie blokowała dostępu do blatu roboczego i aby był możliwy swobodny załadunek papieru do drukarki. - Opis w Tabeli nr 6~~ |  |  |
| 2. | Ogrzewanie regulowane: | 2.0 | Możliwość ustawienia żądanej temperatury we wnętrzu kabiny kierowcy i przedziale pacjenta, dla wszystkich urządzeń |  |  |
| od silnika, z możliwością regulacji | 2.1 | kabiny kierowcy  |  |  |
| 2.2 | przedziału pacjenta |  |  |
| Niezależne, z możliwością regulacji | 2.3 | niezależne od pracy silnika: ogrzewanie powietrzne / wodne lub mieszane kabiny kierowcy i przedziału pacjenta w trakcie jazdy ambulansu lub na postoju, gdzie nie ma możliwości podłączenia zasilania z sieci energetycznej, – **moc min. 5kW**­ –  |  | \* Podać markę i typ urządzenia (powietrzne/wodne) oraz moc w kW |
| postojowe, dodatkowe z automatycznym wyłącznikiem | 2.5 | z sieci 230 V - dodatkowy, podgrzewacz przedziału pacjenta o **mocy min. 1800 W** - zamocowany w taki sposób, aby wylot ogrzanego powietrza skierowany był do środka przedziału  |  | \* Podać markę i typ urządzenia oraz moc w W |
| 3. | klimatyzacja | 3.1 | klimatyzacja **dwuparownikowa**  z niezależną regulacją temperatury i nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału pacjenta – **wylot nawiewu klimatyzacji nie kolidujący bezpośrednio z głowami członków załogi** |  |  |
| 4. | Instalacja elektryczna | 4.1 | wzmocniony alternator o mocy maksymalnej minimum **2520W – 180 A** przy napięciu 14V (dopuszczone **2200W-185A** – przy napięciu 12V) |  | \*Podać moc alternatora lub prąd max. przy napięciu 14 V |
|  |  | 4.2 | dwa akumulatory typu AGM o pojemności sumarycznej **min. 180 Ah** - jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału pacjenta - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V. Widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o niedoładowaniu któregokolwiek. |  | \*Podać pojemności akumulatorów |
|  |  | 4.3 | zasilanie zewn. 230V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika. Układ zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie akumulatorów - jeden prostownik o min. **rzeczywistej** **wydajności prądowej min 20A** lub dwa prostowniki oddzielnie dla akumulatora rozruchowego, oddzielnie dla przedziału pacjenta - **z automatycznym zabezpieczeniem przed jego awarią oraz przeładowaniem akumulatorów – w kabinie kierowcy widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju.** |  |  |
|  |  | 4.4 | Przetwornica DC-AC min. 1 kVA zapewniająca napięcie AC 230V w zamontowanych gniazdach – włączane niezależnie wyłącznikiem na panelu sterującym, tylko przy uruchomionym silniku. |  |  |
|  |  | 4.5 | **min. 3gniazda 230 V** zerowane w przedziale pacjenta z bezpiecznikami zabezpieczającymi, w tym dwa w okolicach środkowej części przedziału medycznego na lewej ścianie oraz jedno do zasilania dodatkowego podgrzewacza elektrycznego |  |  |
|  |  | 4.6 | **~~4~~ gniazda 12 V** **typu Lexel lub równoważne,** w przedziale pacjenta(w przypadku dostawy ambulansu z gniazdami innego typu wymaga się by do każdego ambulansu dostarczony był komplet tj. 4 szt. przejściówek umożliwiający wpinanie do gniazd ambulansu urządzeń Zamawiającego z wtyczkami typu Lexel) - z bezpiecznikami zabezpieczającymi  |  | \* Podać typ gniazd |
|  |  | 4.7 | Oddzielone od podstawowego obwodu elektrycznego pojazdu obwody elektryczne ambulansu, oznakowane i zabezpieczone niezależnie. Udostepnienie odpowiedniego schematu rozmieszczenia poszczególnych bezpieczników i przekaźników sterujących  na obudowie skrzynki sterującej lub na ścianie tylnej kabiny kierowcy. Przewody instalacji elektrycznej umieszczone w osłonach (korytka, peszle) prowadzone i umocowane tak, aby nie było możliwości przypadkowego ich uszkodzenia  |  | \* |
|  |  | 4.8 | Przewód zasilania zewnętrznego 230Vo długości **co najmniej 6 m** |  |  |
|  |  | 4.9 | Wszystkie urządzenia zabudowy specjalistycznej muszą być połączone elektrycznie za pomocą solidnych, rozłączalnych złącz (wsuwanych, zaciskanych, skręcanych) - **bez lutowania** |  |  |
| 5. | Przedział pacjenta | 5.1 | minimalne wewn. wymiary przedziału pacjenta : **wysokość min.** **1,80 m,** mierzona pionowo, na środku długości noszy - od podłogi do sufitu, **długość min. 3,00** **m**, mierzona poziomo, od płaszczyzny zamkniętych drzwi przesuwnych do kabiny kierowcy, do płaszczyzny zamkniętych drzwi tylnych, **szerokość min. 1,70** **m,** mierzona poziomo pomiędzy ścianami bocznymi. (**Wymiary minimalne kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2 :** wysokość min. **1,84 m**, długość min. **3,20 m**, szerokość min. **1,70 m -** mierzone jak wyżej**)** |  | \*Podać wymiary przedziału pacjenta |
| 5.2 | przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, i innego sprzętu medycznego. (dla możliwości szybkiej bezproblemowej zamiany ambulansu lub sprzętu, **zamocowane co najmniej 2 poziome szyny mocujące** do których mogą być łatwo przykręcane, w różnych kombinacjach co najmniej 3 **uniwersalne płyty mocujące** (płyty z blachy nierdzewnej lub aluminiowe), do których można mocować niezależnie : uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, inny sprzęt w dowolnej konfiguracji - **kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2) -** szyny muszą być tak zamocowane, aby po zamontowaniu sprzętu medycznego nie kolidował on z inkubatorem na transporterze, a dostęp do wszystkich szafek i schowków nie był ograniczony. Wysokość miejsca dla defibrylatora Lifepak 15 musi zapewniać możliwość otworzenia ramienia zabezpieczającego do góry tak, aby możliwe było zablokowanie ramienia w górnym położeniu i wyjęcie defibrylatora bez potrzeby trzymania ręką podniesionego ramienia. |  | \* Opisać oferowane rozwiązanie – może być w załączeniu rysunek lub zdjęcie |
| 5.3 |  |  |  |
| 5.4 | izolacja termiczna ścian i sufitu przedziału medycznego oraz pawlacza nad kabiną kierowcy-(jeżeli jest zamontowany) |  |  |
| 5.5 | **2 fotele** obrotowe (w zakresie 90 stopni) składane, zamontowane przy ścianie prawej obok noszy, umożliwiające jazdę przodem do kierunku jazdy oraz wykonywanie czynności przy pacjencie na postoju, wyposażone w pasy bezpieczeństwa mocowane 3-punktowo oraz zagłówki przystosowane dla osób o wzroście w zakresie min. od 150-200 cm, zagłówki regulowane lub zintegrowane  |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie,  |
| 5.6 |  |  |  |
| 5.7 | podłoga wyłożona wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalną, połączoną szczelnie z pokryciem boków tak, aby część wychodząca na ścianę boczną nie tworzyła kanciastej krawędzi i była zabezpieczona tak aby nie było możliwe odklejanie się części wychodzącej na ścianę boczną |  |  |
| 5.8 | ściany boczne, sufit, półki, szafki wykonane z materiału łatwo zmywalnego, odpornego na działanie środków myjąco odkażających, bez ostrych krawędzi, w kolorze białym, tak zamontowane, aby w czasie jazdy ambulansu nie powodowały drgań i związanych z tym dokuczliwych dźwięków |  |  |
| 5.9 | przegroda pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem pacjenta z drzwiami przesuwnymi o wysokości min. 165 cm, wysokość mierzona w linii drzwi, pionowo od powierzchni podłogi do górnej krawędzi otworu otwartych drzwi, w środku otworu drzwi. |  | Opisać oferowane rozwiązanie, podać wysokość otworu drzwi |
| 5.10 |  |  |  |
| 5.11 | szafki na leki z zamknięciem uniemożliwiającym samoczynne otwarcie w czasie jazdy  |  |  |
| 5.12 | na ścianie działowej przy wejściu zespół szafek, miejsca do mocowania walizki lub torby medycznej, wyjmowane do wewnątrz przedziału medycznego z jednoczesnym dostępem z zewnątrz poprzez drzwi boczne prawe oraz z blatem roboczym (wykończonym twardym materiałem np. blachą nierdzewną,)- taka ilość szuflad |  |  |
| 5.13 | podgrzewacz płynów infuzyjnych (termobox) - umożliwiający automatyczne utrzymanie temperatury płynów w nim przechowywanych na poziomie regulowanym w zakresie min. 20-36st.C, zarówno na postoju , jak i w czasie ruchu ambulansu (o każdej porze roku.), pojemność min. 3 l. |  |  |
| 5.14 | miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem – zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków  |  |  |
| 5.15 | uchwyty sufitowe do płynów infuzyjnych min. 3 |  |  |
| 5.16 | uchwyty sufitowe dla personelu umieszczone wzdłuż noszy oraz uchwyty przy drzwiach bocznych prawych i tylnych przedziału pacjenta ułatwiające wsiadanie |  |  |
| 5.17 |  **Miejsce, na 2 butle tlenowe duże** (8L) **ze zintegrowanym zaworem LIV -** wysokość 102 cm, średnica 14 cm, **z łatwo rozłączalnymi uchwytami wyposażonymi w elementy tłumiące drgania,** - tak umiejscowione, aby w każdych warunkach z zewnątrz oraz z przedziału pacjenta możliwy był dostęp do zaworów, obserwacja ciśnieniomierzy oraz bezproblemowa wymiana butli – sugerowane umieszczenie w zabudowie zewnętrznej za lewymi drzwiami przesuwnymi. |  |  |
| 5.18 |  M**iejsce i uchwyty z elementami tłumiącymi drgania na 2 butle tlenowe małe** (2 L) **ze zintegrowanym zaworem LIV -** wysokość 50 cm, średnica 10,2 cm, **z rozłączalnymi uchwytami wyposażonymi w elementy tłumiące drgania.**  |  |  |
| 5.19 | **Miejsce i uchwyty na dwie duże butle** **powietrzne** (10L) 10,3 x 45 cm – i **dwie małe butle powietrzne** (2L) |  | \* |
| 5.20 | miejsce z uchwytami do mocowania desek ortopedycznych : dużej **o wysokości** **do 183 cm, szerokości min 46** **cm**, **grubości min. 7 cm** – i małej dla dzieci, **mocowanie za pomocą regulowanych pasków, uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania**– w zabudowie zewnętrznejza lewymi drzwiami przesuwnymi – zapewnienie miejsca zastępczego z paskami mocującymi w przedziale medycznym np. na dole przy lewej ścianie na dłuższą deskę |  | \*w razie braku miejsca w zabudowie zewnętrznej na bardzo długą deskę – niezależne miejsce wewnątrz przedziału pacjenta z paskami mocującymi |
| 5.22 | okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową |  |  |
|  |  | 5.23 |  |  |  |
|  | 5.24 | zamocowany na ścianie **panel sterujący** służący do sterowania i regulacji :- oświetlenia przedziału,- temperatury w termoboxie - systemu ogrzewania i klimatyzacjiprzedziału z funkcją automatycznego utrzymywania nastawionej temperatury (nie więcej jak do 25oC przy niskich temperaturach zewnętrznych),Ponadto posiadający funkcje wyświetlania aktualnego czasu oraz temperatury w przedziale i na zewnątrz jak również w termoboxie oraz wyłącznik napięcia 230 V z przetwornicy |  |  |
|  |  | 5.25 |  |  |  |
| 6. | Oświetlenie  i sygnalizacja: | 6.1 | świetlna : na dachu belka świetlna z lampami LED błyskowymi, lampa błyskowa LED z tyłu - dwie lampy sygnalizacyjne pulsujące LED na wysokości pasa przedniego, dodatkowe dwie lampki sygnalizacyjne pulsujące umieszczone na błotnikach przednich lewym i prawym, obudowa o kształcie opływowym – nie kanciasta – **wszystkie lampy emitujące światło w kolorze niebieskim** |  | \* |
| 6.2 | dźwiękowa : elektryczna, modulowana o mocy nie mniejszej niż 100 W, z możliwością przekazywania komunikatów głosem - głośnik umieszczony poniżej linii dolnej szyby czołowej + dodatkowo pneumatyczna ciągłego działania, lub elektryczna niskotonowa |  | \*Podać typy urządzeń i moc |
| 6.3 | lampy świateł pozycyjnych na drzwiach tylnych działające po ich otwarciu |  |  |
| 6.4 | reflektory zewnętrzne LED lub halogenowe, po dwa z lewej i prawej strony nadwozia, do oświetlenia miejsca akcji |  |  |
| przedziału pacjenta | 6.5 | **sygnalizacja wizualna i dźwiękowa:** kamera + wyświetlacz w kabinie kierowcy oraz sygnał ostrzegający go o zbliżaniu się do przeszkody na odległość mniejszą niż 100 cm, podczas wykonywania manewru cofania ambulansu. Strefa z tyłu ambulansu obejmujące zakresem działania przeszkody o wysokości od 30 do 250 cm, znajdujące się bezpośrednio za pojazdem,  |  | Opisać oferowane rozwiązanie |
| 6.6 | oświetlenie rozproszone na obszar pacjenta  i obszar otaczający- LED lub jarzeniowe oraz regulowane oświetlenie punktowe (LED lub halogenowe) min. 6 punktów, umieszczone na suficie wzdłuż podstawy noszy. **Uwaga !** Barwa oświetlenia „**ciepła-neutralna**” **3000-4000 K** maksymalnie. |  |  |
| 6.7 | włączenie/wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu/zamknięciu drzwi przedziału pacjenta |  |  |
| 6.8 | oświetlenie pawlacza nad kabiną kierowcy włączające się automatycznie po jego otwarciu - (jeżeli pawlacz jest zamontowany) |  | \*jeżeli jest pawlacz |
| 7. | Łączność | 7.1 | zamocowana na dachu ambulansu **antena** wg **PAR** o impedancji 50 Ohm dla f=168-170 Mhz - z gniazdem i przewodem doprowadzonym do miejsca mocowania radiotelefonu |  |  |
| 7.2 | miejsce z uchwytem do mocowania radiotelefonu, wraz z doprowadzonym zasilaniem 12V-z zabezpieczeniem prądowym |  |  |
| 7.3 | **antena GPS** – 1575,42 MHz, impedancja 50 Ohm, zysk min. 26 dB, wodoodporna, temp. pracy -40-+85 st.C, zasilanie z instalacji pojazdu 12-14V, na dach pojazdu – kabel anteny wyprowadzony w kabinie kierowcy – |  |  |
| 7.4 | **2 anteny GSM** – 900/1800 MHz – długości 100 mm, zewnętrzne (na dach) – kabel wyprowadzony w kabinie kierowcy – |  |  |
| 7.5 | Urządzenia stanowiące wyposażenie ambulansu muszą być tak skonstruowane i zamontowane aby nie emitować pól elektromagnetycznych mogących zakłócać pracę sprzętu łączności oraz medycznego przewidzianego do pracy w ambulansie w czasie jazdy jak i na postoju |  | \* Opisać czy zastosowano jakieś rozwiązania w tym względzie |
| 8. | Centralna instalacja tlenowa, i próżniowa | 8.1. | **2 gniazda tlenowe** na ścianie bocznej - monoblokowe, **panel typu AGA** + wtyki dla podłączeń zewn. **+ gniazdo na suficie, d**o oferty złączyć Certyfikat zgodności z dyrektywą UE dla sprzętu medycznego wystawiony przez notyfikowaną jednostkę |  | \*Podać markę i typ gniazd i panelu  |
| 8.2 | Pompa próżniowa + **1 gniazdo próżni** z regulacją siły ssania + kosz + słój o pojemności 0,9-1,2 l. z zaworem przelewowym + /przewód pacjenta/  |  |  |
| 9. | Obsługa techniczna pojazdu, wymagania techniczne | 9. | planowy przegląd techniczny min. co 10.000 km lub system ASYST albo równoważny; wskazujący moment koniecznego wykonania przeglądu |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | 9.1 | zabudowa specjalistyczna musi zapewniać **swobodny dostęp** do wszystkich wymiennych elementów zabudowy wewnętrznej i zewnętrznej zwłaszcza takich jak : lampy sygnalizacyjne, belki sygnalizacyjne, lampy boczne, lampy dachowe, sygnały dźwiękowe , dmuchawy, pompy, sprężarki, prostowniki, anteny etc… , na wypadek awarii lub uszkodzenia mechanicznego, bez konieczności demontażu elementów zabudowy przedziału medycznego, zwłaszcza, wycinania otworów, odklejania ścian, szafek, mocowań itp… |  |   |
|  | 9.2 | **Wykonawca musi zapewnić** w okresie min. 5 lat od daty przekazania ambulansu Zamawiającemu dostępność wszystkich elementów sprzętowych zabudowy specjalistycznej, takich samych jak zamontowane pierwotnie lub innych równoważnych; całkowicie kompatybilnych zarówno pod względem mechanicznym, jak również elektrycznym i elektronicznym, aby możliwa była naprawa lub wymiana zepsutego lub uszkodzonego osprzętu, bez potrzeby jakichkolwiek przeróbek lub modernizacji w pojeździe. Dotyczy to wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie w ramach adaptacji samochodu ciężarowego na ambulans sanitarny. |  | \*Oświadczenie, że Wykonawca zapewni |
| 10. | Wyposażenie: | 10.1 | kpl.awaryjny do kół \* : klucz do kół, podnośnik, koło rezerwowe |  |  |
| 10.2 | trójkąt odblaskowy -**2 szt.** |  |  |
| 10.3 | apteczka samochodowa |  |  |
| 10.4 | 2 gaśnice z mocowaniami; jedna w kabinie kierowcy, druga w przedziale pacjenta |  |  |
|  |  | 10.5 | urządzenie do wybijania szyb oraz nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa **Uwaga** : nóż i młotek nie powinny być zamocowane tuż przy fotelu bocznym – możliwość niekontrolowanego użycia przez pacjenta… |  |  |
| 11. | **Transporter inkubatora** | **11.** | Transporter umożliwiający montaż i transportowanie inkubatora, opisany również w załączniku nr 1e do SWZ |  | Podać markę i typ transportera; |
| a) | system elektrycznego składania i rozkładania podwozia – pozwalający na opuszczanie i podnoszenie inkubatora bez użycia siły fizycznej |  |  |
| b) | transporter powinien być pomalowany farbą wodoodporną lub w inny sposób zabezpieczone przed powstawaniem zadrapań albo być wykonane z materiału odpornego na korozję. Obie wersje powinny być odporne na środki dezynfekujące. |  |  |
| c) | wszystkie mechanizmy powinny być skonstruowane w sposób zapobiegający uszkodzeniom ciała użytkownika oraz pacjenta, powinno być możliwe zablokowanie i zabezpieczenie transportera oraz podstawy przed ruchami bocznymi, wzdłużnymi, pionowymi i ukośnymi |  |  |
| d) | transporter musi posiadać trwałe oznakowanie, najlepiej graficzne elementów związanych z ich obsługą |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| e) | rok produkcji (nie wcześniej jak 2022 r) |  | \*podać rok produkcji zestawu |
| f) | możliwość skrętu wszystkich czterech kółek jezdnych, opisanych w ppkt. c), tak aby możliwy był transport na wprost i bokiem - przy jeździe na wprost automatyczna blokada co najmniej 2 kółek  |  |  |
| g) | możliwość zahamowania co najmniej 2 kółek |  |  |
| h) | dopuszczalne obciążenie transportera min. 200 kg  |  |  |
| i) |  wyrób zgodny z aktualną wersją normy: PN-EN 1865, lub równoważną  |  | **\*** do oferty należy załączyć certyfikat zgodności z normą EN 1865 lub równoważną  |
|  |  |  |  |
| **11.1** | **System mocowania noszy w ambulansie –** (laweta) **:** |  | **\***Podać markę i typ |
| a) | Laweta pod inkubator z amortyzacją – funkcja pływająca – obciążenie dopuszczalne min. 400 kg |  |  |
|  |  | b) |  |  |  |
|  |  | **11.2** | **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego kpl. zestawu noszy z mocowaniem:** |  |  |
|  |  | a) | autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski |  |  |
|  |  | b) | czas reakcji serwisu na gwarancyjne zgłoszenie awarii (max. 72 godz.) – obejmuje: diagnoza, przyjęcie do naprawy lub wymiana na nowe, |  | \*podać oferowany czas reakcji |
|  |  | c) | czas naprawy gwarancyjnej (max. 14 dni) |  | \* podać oferowany max. czas naprawy gwarancyjnej |
|  |  | d) | instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Wymagania ogólne :** |  |  |
| 12. | Masa ambulansu | **Dopuszczalna masa całkowita dmc (brutto) ambulansu do rejestracji nie może przekraczać 4,2 t .**  |  | **\***Podać d.m.c. (brutto) skompletowanego ambulansu z wyposażeniem medycznym |
|  |  |  |  |
| 13. | **Uwaga :** |  |  |  |  |
| a) | wszystkie urządzenia medyczne jak i elementy wyposażenia muszą się dać pewnie i szybko zamocować w wyznaczonych do tego miejscach, zamocowania muszą zapobiegać przesuwaniu, drganiom, podskakiwaniu sprzętu w trakcie ruchu, przyspieszania i hamowania ambulansu. W miejscach zawieszania, mocowania : noszy podbierakowych, krzesełka kardiologicznego, desek ortopedycznych należy zastosować elementy tłumiące drgania i hałasy powstające w trakcie ruchu ambulansu. |  |  |
| b) | wszystkie miejsca siedzące muszą być wyposażone w pasy bezpieczeństwa i zagłówki. |  |  |
| c) | pojazd bazowy jest wyprodukowany nie wcześniej niż w 2022 r., ostateczna zabudowa, jako ambulans sanitarny wykonana nie wcześniej jak w 2022 r. |  | \*podać datę produkcji pojazdu bazowego i zabudowy jako ambulans |
| d) | koło rezerwowe umieszczone poza przedziałem pacjenta – w miejscu umożliwiającym jego wymianę przez kierowcę ambulansu / uniwersalny zestaw naprawczy koła |  | \*napisać jakie rozwiązanie jest oferowane |
| e) |  |  | \* |
| 14. | **Wraz z kompletnym ambulansem Wykonawca musi przekazać wszystkie dokumenty potrzebne do zarejestrowania pojazdu i dalszej jego eksploatacji, w szczególności:** |  |  |
| a) | Dokumenty wymagane do rejestracji pojazdu |  |  |
| b) | Wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu)  |  |  |
| c) | Instrukcja obsługi pojazdu |  |  |
| d) | Książka obsług (przeglądów) pojazdu |  |  |
| e) | Wszystkie pozostałe instrukcje obsługi pojazdu i jego osprzętu |  |  |
| f) | Instrukcję obsługi i konserwacji oraz kartę gwarancyjną zabudowy specjalistycznej ambulansu |  |  |
| g) | Instrukcje obsługi i karty gwarancyjne dla wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie, które nie są objęte bezpośrednio instrukcją i gwarancją zabudowy specjalistycznej, które objęte są niezależnie gwarancją producenta |  |  |
| h) | Schemat elektryczny i montażowy dodatkowych instalacji ambulansu – schemat rozmieszczenia przekaźników i bezpieczników chroniących instalacje elektryczne ambulansu |  |  |
| i) | Wykaz łącznie z adresami, zlokalizowanych najbliżej siedziby Zamawiającego, autoryzowanych stacji obsług i napraw gwarancyjnych pojazdu bazowego . |  |  |
| OŚWIADCZAM, ŻE OFEROWNY AMBULANS SPEŁNIA WYŻEJ WYMIENIONE WARUNKI TECHNICZNEI BĘDZIE DOSTARCZONY WRAZ Z WSZYSTKIMI DOKUMENTAMI |
|  |

***UWAGA !***

***- w Tabelach nr 5 i 5a w kolumnie nr 5 wpisać słowo „tak” lub „nie” -***

***- w kolumnie nr 6 opisać krótko zastosowane rozwiązanie, parametry,***

***- pozycje oznaczone \* muszą być obowiązkowo wypełnione opisem !***

***- pozycji zaciemnionych nie wypełniać***

***- w tabeli nr 6 wpisać w kolumnie nr 3 wpisać słowo „tak” lub „nie”***

............................................. dnia...................... 2022 r.

**UWAGA !**

**Zaleca się po wypełnieniu formularza zapisać go do pliku „.pdf „ i dopiero tak przygotowany plik podpisać – zalecany podpis wewnętrzny „ pades”.**

**Dokument należy podpisać i złożyć zgodnie z wymaganiami opisanymi w SWZ.**