**Załącznik nr 2 do SWZ**

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

nazwa Wykonawcy

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa 1 szt. ambulansu typu B/C (ambulansu przeznaczonego do transportu maksymalnie jednego pacjenta na noszach oraz trzyosobowego zespołu specjalistycznego/podstawowego Państwowego Systemu Ratownictwa Medycznego) z wyposażeniem, spełniającego wymagania określone w aktualnej, zharmonizowanej polskiej normie PN-EN 1789 (zwanej dalej również Normą 1789) lub równoważnej w zakresie odpowiednim do przedmiotu (zakresu) prowadzonego postępowania medycznego (Ambulans może być wykorzystywany jako ambulans typu S lub P zgodnie z wytycznymi NFZ):.

Nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień: (CPV):

34114121-3 Karetki,

42415320-7 Wyposażenie pojazdów ratowniczych

33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne

33100000-1 Urządzenia medyczne

Zamawiający wymaga by oferowany Ambulans był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, rok produkcji: nie wcześniej niż 2023 rok.

Marka, typ, nazwa handlowa Ambulansu (pojazd skompletowany: pojazd bazowy po wykonaniu adaptacji) wynikająca ze świadectwa homologacji (dołączyć); data wydania i numer świadectwa homologacji:

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

Nazwa i adres wykonawcy zabudowy przedziału medycznego:

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

W przypadku użycia w opisie parametrów minimalnych czy też opcjonalnych nazwy własnej lub nazwy rozwiązania przypisanej ściśle jednemu producentowi Zamawiający dopuszcza rozwiązanie równoważne.

W poniższej części Załącznika „2” do SWZ Zamawiający podał warunki graniczne parametrów przez siebie wymaganych dla oferowanego ambulansu specjalistycznego. Wykonawca składając ofertę jest zobowiązany wypełnić:

• kolumnę zatytułowaną „Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)” wpisując we właściwych pozycjach odpowiednio słowo: „TAK” albo „NIE”,

• kolumnę zatytułowaną „Oferowane parametry” opisując we właściwych pozycjach w wyczerpujący sposób oferowany parametr.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | | | | **Parametry oferowane:**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| **I. WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| 1 | Marka, model oferowanego pojazdu | | Podać | |  |  | |
| 2. | Pojazd fabrycznie nowy – min. 2023 rok produkcji | | TAK | |  |  | |
| 3. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru bez limitu kilometrów – na pojazd bazowy | | TAK, podać | |  |  | |
| 4. | Gwarancja min. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru na perforację nadwozia ambulansu. | | TAK, podać | |  |  | |
| 5. | Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:   1. wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego( po zabudowie) 2. instrukcję obsługi pojazdu 3. kartę gwarancyjną zabudowy | | TAK | |  |  | |
|  | | **Wymogi dot. przedmiotu zamówienia w zakresie pojazdu bazowego** | | | | | |
| **II. NADWOZIE** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Typu „furgon podwyższony ”, do 3,5 t dopuszczalnej masy całkowitej, bez ściany działowej pomiędzy kabiną kierowcy a przestrzenią ładunkową przeznaczoną do adaptacji na przedział medyczny | | TAK, opisać | |  |  | |
| 2. | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy, fotele regulowane z podłokietnikami | | TAK | |  |  | |
| 3. | Drzwi tylne wysokie , przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250º z systemem blokowania przy otwieraniu, o wysokości minimum 1,75 m | | TAK, opisać | |  |  | |
| 4. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym | | TAK | |  |  | |
| 5. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | | TAK | |  |  | |
| 6. | Kolor nadwozia: żółty | | TAK | |  |  | |
| 7. | Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. | | TAK | |  |  | |
| 8. | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka | | TAK | |  |  | |
| **III.SILNIK** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych | | TAK | |  |  | |
| 2. | **Moc silnika minimum 160 KM , moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm** | | **TAK, opisać** | |  |  | |
| 3. | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisji  Spalin | | TAK | |  |  | |
| **IV.ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Skrzynia automatyczna o min. 7 biegach do przodu i biegu wstecznym, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów | | TAK, opisać | |  |  | |
| 2. | Napęd na jedną oś (przednią lub tylną – podać) | | TAK, opisać | |  |  | |
| 3. | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny | | TAK, opisać | |  |  | |
| 4. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania | | TAK, opisać | |  |  | |
| **V.ZAWIESZENIE** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów | | TAK, opisać | |  |  | |
| **VI. UKŁAD HAMULCOWY** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. | | TAK | |  |  | |
| 2. | System wspomagania nagłego hamowania. | | TAK | |  |  | |
| 3. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | | TAK | |  |  | |
| 4. | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę” | | TAK | |  |  | |
| **VII. UKŁAD KIEROWNICZY** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Ze wspomaganiem. | | TAK | |  |  | |
| 2. | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach tj. góra – dół, przód - tył | | TAK | |  |  | |
| **VIII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Zespół dwóch akumulatorów o łącznej pojemności min. 160 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu – 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 | | TAK, opisać | |  |  | |
| 2. | Fabrycznie wzmocniony alternator o mocy minimum 200 A | | TAK, podać | |  |  | |
| **IX. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | |
| 1. | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | | TAK | |  |  | |
| 2. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70 L. | | TAK, podać | |  |  | |
| 3. | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera | | TAK | |  |  | |
| 4. | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | | TAK | |  |  | |
| 5. | Klimatyzacja kabiny kierowcy. | | TAK | |  |  | |
| 6. | Lusterka zewnętrzne, regulowane i podgrzewane elektrycznie | | TAK | |  |  | |
| 7. | Lusterko wewnętrzne. | | TAK | |  |  | |
| 8. | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie. | | TAK | |  |  | |
| 9. | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi | | TAK | |  |  | |
| 10. | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. | | TAK | |  |  | |
| 11. | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | | TAK | |  |  | |
| 12. | Zestaw naprawczy + koło zapasowe dostarczone luzem | | TAK | |  |  | |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** | | | | | | | |
| **I. NADWOZIE** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 3200 x 1700 x 1800 | | | TAK, podać |  | |  |
|  | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | | | TAK |  | |  |
|  | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. | | | TAK |  | |  |
|  | Schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu) | | | TAK |  | |  |
|  | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową | | | TAK |  | |  |
|  | Miejsce wraz z mocowaniem 2 kasków ochronnych | | | TAK |  | |  |
| **II. OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego ;ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu, | | | TAK |  | |  |
|  | Postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 1.8 kW zasilany z sieci 230 V | | | TAK, opisać, podać markę i model urządzenia |  | |  |
|  | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju, | | | TAK, opisać, podać markę, model i wydajność w m3/h |  | |  |
|  | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,0 kW tzw. powietrzne. Ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury termostatem takie, aby przy temperaturach zewnętrznych – 100 C i niższych, ogrzanie wnętrza do temperatury co najmniej + 50 C nie powinno trwać dłużej niż 15 minut. Po upływie 30 minut w przedziale pacjenta temperatura powinna wynosić co najmniej 22ºC | | | TAK, opisać, podać markę i model urządzenia |  | |  |
|  | Klimatyzacja dwu parownikowa z niezależną regulacją nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego.  ( Zamawiający dopuszcza by fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy pojazdu bazowego była rozbudowana na przedział medyczny na etapie adaptacji na ambulans. | | | TAK, opisać |  | |  |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:  1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem   przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed   uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V   1. minimum trzy gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V), + gniazdo 230V na ścianie działowej 2. kabel zasilający o długości min. 10m, 3. automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V (podać markę i model oraz parametry techniczne), 4. grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu. 5. inwertor prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1200W (prąd w „sinusie”), w trakcie jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora) | | | TAK, opisać |  | |  |
| 2. | 1.Instalacja dla napięcia 12V przedziału  medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V   zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem  2.Oświetlenie przedziału medycznego:  - światło rozproszone realizowane przez lampy typu LED umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego zapewniające spełnienie wymogu oświetlenia obszaru pacjenta min. 300lx, a obszar otaczający min. 50lx;  - minimum 3 punkty ze światłem skupionym, dwa nad noszami oraz jedno nad blatem roboczym | | | TAK, opisać |  | |  |
| 3. | Przedział medyczny ma być wyposażony w  zamontowany na ścianie panel sterujący:   1. informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu 2. z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) 3. informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu 4. sterujący oświetleniem przedziału medycznego 5. sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego 6. zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury .   Panel przyciskowy nie typu touchscreen. | | | TAK, opisać |  | |  |
| 4. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:   1. sterujący oświetleniem zewnętrznym( światła robocze) 2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V 3. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy 4. informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego 5. ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o nie doładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego   Panel przyciskowy nie typu touchscreen. | | | TAK, opisać |  | |  |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlany napis „ambulans” | | | TAK |  | |  |
|  | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED plus dodatkowe niebieskie światła LED na błotnikach przednich – lewym i prawym, dodatkowe niebieskie lampy na lusterkach | | | TAK |  | |  |
|  | W tylnej części dachu pojazdu lampa pojedyncza typu „kogut” | | | TAK |  | |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami | | | TAK, opisać |  | |  |
|  | Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej – podać markę i model | | | TAK, opisać |  | |  |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu lub zintegrowaną manetkę | | | TAK, opisać |  | |  |
|  | Oznakowanie pojazdu:  - 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 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 i z tyłu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r  - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.  - po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej według wskazań Zamawiającego”  - nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu | | | TAK |  | |  |
|  | Dodatkowe migacze, typu LED, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia, światła robocze po dwa z każdej strony pojazdu | | | TAK |  | |  |
|  | Dwa reflektory dalekosiężne zamontowane z przodu pojazdu na wysokości grilla ("atrapy chłodnicy) pojazdu. | | | TAK |  | |  |
| **V.WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:  - zakres częstotliwości -168-170 MHz,  - współczynnik fali stojącej -1,6,  - polaryzacja pionowa,  - charakterystyka promieniowania –dookólna,  - odporność na działanie wiatru min. 55 m/s.Antena typu 3089/1 lub równoważna do radiotelefonu cyfrowo-analogowego(DMR).  Instalację doprowadzić do miejsca instalacji radiotelefonu na desce rozdzielczej kierowcy, okablowanie z zapasem 50 cm | | | TAK |  | |  |
|  | Wykonanie instalacji do podłączenia radiotelefonu – uchwyt + wyprowadzone i obrobione końcówki do posiadanego przez Zamawiającego radiotelefonu Motorola DM4600 | | | TAK |  | |  |
|  | Zestaw anten dwuzakresowych GPS/GSM umożliwiających prawidłowe działanie wszystkich elementów systemu SWD PRM | | | TAK |  | |  |
|  | Głośnik w przedziale medycznym z możliwością podłączenia do radia | | | TAK |  | |  |
|  | Zamontowanie uchwytów mocujących stację dokującą pod tablet w kabinie kierowcy oraz doprowadzeniem przewodów zasilających i przewodu USB łączącego tablet z drukarką.(bez tabletu i bez drukarki,). Uchwyt do drukarki umożliwiający korzystanie z niej podczas jazdy ambulansu. Stacja dokująca po stronie Wykonawcy. Zamawiający używa drukarek mobilnych oraz tabletów (Tablet: Zebra XSLATE L10, Drukarka: Brother PJ 762, GPS: Teltonika FMC640) | | | TAK |  | |  |
|  | Tablet, drukarka, moduł GPS – po stronie Zamawiającego | | | TAK |  | |  |
|  | Ładowarka do radiotelefonu przenośnego zamontowana w kabinie kierowcy do motorolli (bez radiotelefonu) | | | TAK |  | |  |
| **VI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian ,umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy | | | TAK |  | |  |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | | | TAK |  | |  |
|  | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) . | | | TAK |  | |  |
|  | Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy umożliwiający jazdę tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) | | | TAK |  | |  |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym, zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz swobodną komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą; przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne | | | TAK |  | |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):  - zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego  - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.).  - na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym, kosz na śmieci, uchwyty do mocowania rękawiczek 3 szt. | | | TAK |  | |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:  - szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną (wysokość blatu roboczego 100 cm ± 10 cm – podać wartość oferowaną  - min. dwie szuflady  - kosz | | | TAK |  | |  |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | | | TAK, podać |  | |  |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej | | | TAK |  | |  |
|  | Na lewej ścianie przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu. Zamocowane 2 poziome szyny mocujące do których mogą być przykręcane, w różnych kombinacjach 3 lub 4 uniwersalne płyty mocującej – płyty w ukompletowaniu , do których można niezależnie mocować: uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej. Płyty mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji.  Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. | | | TAK, opisać |  | |  |
|  | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen z butli 10l.  - minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego + sufitowe gniazdo AGA  - dodatkowy uchwyt na dwie małe butle przenośne.  - bez butli i reduktorów | | | TAK, opisać |  | |  |
|  | 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 Uwaga: zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety nie może odbywać się za pomocą linki, podać markę i model, (załączyć folder i deklarację zgodności) | | | TAK |  | |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. | | | TAK |  | |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | | | TAK |  | |  |
| 1. **praca** | Reflektory zewnętrzne, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.  Reflektory typu LED. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu określonej prędkości np. 15-20 km/h. | | | TAK |  | |  |
|  | Lampka typu kokpit | | | TAK |  | |  |
|  | Ampularium | | | TAK |  | |  |
|  | Dodatkowy stopień elektryczny przy prawych drzwiach przesuwnych | | | TAK |  | |  |
|  | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy | | | TAK |  | |  |
|  | Dywaniki podłogowe (zmywalne) | | | TAK |  | |  |
|  | Kamera cofania | | | TAK |  | |  |
|  | Centralna próżnia | | | TAK |  | |  |
|  | Szyberdach | | | TAK |  | |  |
|  | Uchwyt kątowy do pompy | | | TAK |  | |  |
|  | Lodówka sprężarkowa w zabudowie | | | TAK |  | |  |
| **VIII. WYMAGANIA OGOLNE** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
| 1. | Karta gwarancyjna zabudowy przedziału medycznego | | | TAK |  | |  |
| 2. | Gwarancja na samochód bazowy – min. 24 miesiące  Gwarancja na powłokę lakierniczą – min. 24 miesięcy  Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące  Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące  **Gwarancja na perforację nadwozia – min. 120 miesięcy** | | | TAK, podać |  | |  |
| 3. | Zamawiający wymaga dostawy samochodu do swojej siedziby (za pomocą lawety lub na kołach). | | | TAK |  | |  |
| **IX. SPRZĘT MEDYCZNY** | | | | | **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **(określić)** | | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
| 1. | Krzesełko transportowe płozowe zgodny z aktualną normą – min. udźwig 170 kg | | | TAK |  | |  |
| 2. | Videolaryngoskop składający się z:  Monitora  Rękojeści  Łyżek w trzech rozmiarach | | | TAK |  | |  |
| 3. | Urządzenie do oczyszczania powietrza wbudowane w pojazd lub umożliwiające montaż w pojeździe | | | TAK |  | |  |

**Powyższe pozycje tak/nie i opis oferowanych parametrów wypełnia Wykonawca. Niespełnienie opisanych wymagań skutkować będzie odrzuceniem oferty.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PUNKTOWANY DODATKOWY SPRZĘT MEDYCZNY**  **Minimalne parametry** | | Ocena punktowa | **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** | **Wartość urządzenia** |
| 1. | Zestaw transportowy zgodny z aktualną normą PN-EN1865 składający się:  Noszy głównych (nosze, poduszka, materac, pasy, statyw na kroplówki)  Transportera noszy głównych (min. 7 poziomów regulacji wysokości) + mocowanie do lawety | □TAK – 20 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PUNKTOWANY DODATKOWY SPRZĘT MEDYCZNY** | | Ocena punktowa | **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry**  **(podać, opisać)** |
| 1. | Silnik o mocy powyżej 180KM,  maksymalny moment obrotowy powyżej 430Nm | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 2. | System doświetlania zakrętów, system elektrycznego wspomagania domykania drzwi przesuwnych prawych oraz lewych do przestrzeni ładunkowej, poduszki powietrzne w kabinie kierowcy nadokienne (kurtynowe) | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 3. | Rozrząd silnika w formie łańcucha | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 4. | Fotel z systemem elektrycznego przesuwu u wezgłowia noszy umożliwiający odsunięcie fotela od ściany działowej w celu ułatwienia przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy oraz zajęcie właściwej pozycji przy głowie pacjenta. Przesuw dostępny w każdym momencie eksploatacji tj. gdy na fotelu siedzi osoba i ma zapięty pas bezpieczeństwa. Możliwość zwolnienia blokady przesuwu za pomocą dodatkowego przycisku znajdującego się na ścianie działowej, bezpośrednio przy przejściu. | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 5. | Elektrycznie ogrzewana szyba przednia (nie standardowy nadmuch ciepłego powietrza) + Ogrzewanie pomocnicze elektryczne, zależne od silnika, współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury w kabinie kierowcy | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 6. | Dodatkowe szuflady pod półkami sufitowymi na lewej ścianie umożliwiające przechowywanie drobnego sprzętu medycznego | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 7. | Szyberdach z funkcją wyjścia ewakuacyjnego o wymiarach min. 700x500 | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 8 | Średnica kółek transportera noszy min. 20 cm | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 9 | Urządzenie do oczyszczania powietrza umożliwiające tryb dezynfekcji oraz ozonowania | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |
| 10 | Waga krzesełka z systemem płozowym mniejsza niż 13,5 kg | □TAK – 2 pkt  □NIE – 0 pkt |  |  |

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

(miejscowość i data)