**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE: ZAKUP AMBULANSU SANITARNEGO NEONATOLOGICZNEGO WRAZ Z WYPOSAŻENIEM**

**Przedmiotem zamówienia jest zakup ambulansu ratunkowego typu C przystosowanego do transportu inkubatora noworodkowego – dla SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku.**

|  |
| --- |
| **Ambulans ratunkowy typu C przystosowany do transportu inkubatora noworodkowego** **Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ………………………………………………….……………****Rok produkcji – 2022 (podać) ………………….. r. ……………………………………………………………………………………………………………****Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego: ………………………………………………………………………………………………………….** **Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać): ……………………………………………………………………………………………………………..** |
| 1. **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 (np. płytami, profilami) z tworzywa sztucznego w kolorze białym z DMC powyżej 3,5t
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą.
 | **TAK** |  |
| 1. Kabina kierowcy - dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy i pasażera z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia, regulacja wysokości. Regulacja kolumny kierowniczej w dwóch płaszczyznach (góra-dół, przód-tył). Lampki do czytania dla pasażera, wnęka nad przednią szybą w standardzie 1 DIN przystosowana do montażu radioodtwarzacza lub panelu sterowania, półka podsufitowa nad głową kierowcy przystosowana do zamontowania radiotelefonu, ze względu na kompatybilność z posiadanym systemem łączności. W kabinie kierowcy do radiotelefonu wyprowadzona antena zakończona wtykiem typu BNC wraz z przewodem zasilania 12V (zakończonym wtykiem kompatybilnym do w/wym. radiotelefonu).
 | **TAK** |  |
| 1. Furgon - fabryczny lakier w kolorze białym lub żółtym zgodnie z obowiązującą normą.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Nadwozie przystosowane do przewozu 1 osoby w pozycji leżącej na noszach/inkubatorze oraz trzyosobowego zespołu.
 | **TAK** |  |
| 1. Minimalne wymiary przedziału medycznego:
* długość przedziału medycznego min. 3,00 m
* szerokość przedziału medycznego min. 1,70 m

 - wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m  | **TAK****podać** |   |
| 1. Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, kieszenie na tylnych drzwiach do przewożenia drobnego wyposażenia medycznego.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe system elektryczny wspomagający zamykanie drzwi (parametr nie wymagany).
 | **TAK** |  |
| 1. Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe system elektryczny wspomagający zamykanie drzwi (parametr nie wymagany).
 | **TAK** |  |
| 1. Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:

- miejsce mocowania 2 szt. butli tlenowych 10 litrowe (bez butli) wraz z 2 szt. reduktorów do butli,- mocowanie krzesełka kardiologicznego,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,- mocowanie materaca próżniowego,- mocowanie szyn Kramera,- mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED, - mocowanie 3 kasków ochronnych, - mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę, - wyposażenie techniczne (łom, łopata) z systemem ich mocowania.Dopuszcza się by miejscem przewożenia szyn Kramera, kamizelki KED, deski ortopedycznej dla dzieci był przedział medyczny. | **TAK** |  |
| 1. Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą.
 | **TAK** |   |
| 1. Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmującym wszystkie drzwi pojazdu.
 | **TAK** |  |
| 1. Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne, kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera.
 | **TAK** |  |
| 1. Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową.
 | **TAK** |  |
| 1. Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową i dodatkowy zewnętrzy przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Zamawiający nie dopuszcza stopnia wsuwanego do kasety (ze względu na częste zacinanie się tego typu stopni). Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego.
 | **TAK** |  |
| 1. Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności.
 | **TAK** |  |
| 1. Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane.
 | **TAK** |  |
| 1. Zestaw narzędzi z podnośnikiem, koło zapasowe i zestaw naprawczy.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 l.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 18 litrów.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus lub równoważna).
 | **TAK****podać** | . |
| 1. Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym (przycisk włącz/wyłącz w przedziale medycznym), zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym.
 | **TAK** |  |
| 1. Po otwarciu drzwi bocznych powinna zapalać się minimum jedna lampa sufitowa oraz dodatkowe tzw. nocne oświetlenie w kolorze niebieskim, a po ich zamknięciu gasnąć z opóźnieniem max. 0,5 min.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Kamera cofania, wyświetlacz LCD w formie lusterka wstecznego zamontowany w kabinie kierowcy. Czujniki parkowania przednie i tylne.
 | **TAK** |  |
| 1. Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący z następującymi funkcjami:
* sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),
* sterowanie pracą dodatkowych sygnałów pneumatycznych,
* informującymi o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączenia ambulansu do sieci 230V – w panelu lub oddzielny moduł,
* informującymi o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi pomiędzy przedziałem medycznym a kabiną kierowcy – w panelu lub oddzielny moduł,

 - informującymi o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego. | **TAK** |  |
| 1. W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni).
 | **TAK** |  |
| 1. Lampy przeciwmgielne przednie lub reflektory przednie z funkcją doświetlania zakrętów.
 | **TAK** |  |
| 1. Reflektory główne typu LED
 | **TAK** |  |
| 1. **SILNIK**
 |
| 1. Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim.
 | **TAK** |  |
| 1. Silnik o pojemności pow. 1950 cm³.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Silnik o mocy min. 170 KM.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Moment obrotowy min. 380 Nm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Spełniający wymogi normy emisji spalin EURO 6 lub EURO VI
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| 1. Skrzynia biegów automatyczna
 | **TAK** |  |
| 1. Minimum 7-biegów do przodu i bieg wsteczny.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Napęd na koła przednie, tylne,
2. **dopuszczamy napęd 4 x 4 – parametr niewymagany, lecz punktowany /**

 **Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt** | **TAK****podać****TAK/NIE****podać** |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY I SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA**
 |
| 1. Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny.
 | **TAK** |  |
| 1. Elektroniczny korektor siły hamowania.
 | **TAK** | . |
| 1. Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania i przerywanym trybem działania świateł STOP w przypadku nagłego hamowania.
 | **TAK** |  |
| 1. Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), wentylowane.
 | **TAK** |  |
| 1. System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu lub równoważny.
 | **TAK** |  |
| 1. System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR.
 | **TAK** | . |
| 1. System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny.
 | **TAK** |  |
| 1. **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 wartość).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.
 | **TAK** |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| 1. Ze wspomaganiem.
 | **TAK** |  |
| 1. **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****podać** |  |
| 1. Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewania przedziału medycznego w trakcie jazdy ambulansu (podać markę i model).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna.
 | **TAK** |  |
| 1. Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy min. 5,5 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego (podać markę i model).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja pół automatyczna lub automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego.
 | **TAK** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| 1. Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah z tym, że przedział medyczny ma być wyposażony w akumulator typu AGM lub żelowy do zasilania wszystkich odbiorników prądu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.
 | **TAK** |  |
| 1. Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 250 A.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich.
 | **TAK** |  |
| 1. Instalacja elektryczna 230V:
2. zasilanie zewnętrzne 230V,
3. min. 3 zerowane gniazda w przedziale medycznym,
4. zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym,
5. zabezpieczenie przeciwporażeniowe,
6. przewód zasilający minimum 10 m.
7. inwertor prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1000W (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****podać** |  |
| 1. Na lub w pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V.
 | **TAK** |  |
| 1. Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V.
 | **TAK** |  |
| 1. Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:

- minimum 4 gniazda 12V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych, wraz z wtyczkami, - gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | **TAK****podać** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| 1. Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami LED koloru niebieskiego i dodatkowymi światłami roboczymi LED do oświetlania przedpola ambulansu. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość podawania komunikatów głosowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Belka świetlna umieszczona na tylnej części dachu pojazdu z modułami LED koloru niebieskiego i dodatkowymi światłami roboczymi LED do oświetlania pola za ambulansem.
 | **TAK** | .  |
| 1. Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy (z sygnalizacją załączenia), zmiana modulacji sygnału dźwiękowego poprzez naciśnięcie klaksonu.
 | **TAK** |  |
| 1. Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni.
 | **TAK** |  |
| 1. Dodatkowe sygnały pneumatyczne - powinny działać tylko przy załączonej uprzednio podstawowej sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego, na lusterkach zewnętrznych oraz na przednich błotnikach.
 | **TAK** |  |
| 1. Reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu do oświetlenia miejsca akcji, po dwa z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.
 | **TAK** |  |
| 1. Oznakowanie pojazdu:

1/ trzy pasy odblaskowe wykonane z folii:1. typu 3 barwy czerwonej o szerokości co najmniej 15 cm, umieszczonej w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolami,
2. typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szerokości co najmniej 15 cm, umieszczonej wokół dachu,
3. typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczonej bezpośrednio nad pasem, o którym mowa w lit. a;

2/ nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;3/ po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej „N” – w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm;4/ nazwa dysponenta ZRM – Zakładu umieszczona po obu bokach pojazdu SP ZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku. **5/** informacja z logo marki Mazowsze o zrealizowaniu inwestycji przy pomocy dotacji  celowej z budżetu Województwa Mazowieckiego (do uzgodnienia z Zamawiającym).**Przed wykonaniem oklejenia wymagane jest przedstawienie projektu do akceptacji Zamawiającego.** | **TAK****podać** |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**
 |
| 1. Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:
2. światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp (lub listew) sufitowych LED,
3. oświetlenie skupione regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (minimum 2 szt.),
4. halogen zamontowany nad blatem roboczym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA**
 |
| 1. Kabina kierowcy wyposażona w jedną dodatkową instalację 12V.
 | **TAK** | . |
| 1. Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu.
 | **TAK** |  |
| 1. Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o niżej wymienionych parametrach i podłączona do radiotelefonu (możliwość konserwacji anteny z dostępem z przedziału medycznego po demontażu jednej z lamp sufitowych):

- dostrojona na zakres częstotliwości 168 - 169 MHz,- impedancja wejścia 50 Ohm,- współczynnik fali stojącej ≤ 1,5,- charakterystyka promieniowania dookólna. | **TAK****podać** | . |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| 1. Dopuszcza się zabudowę meblową równoważną z opisaną poniżej pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę (na wezwanie Zamawiającego schemat zabudowy meblowej ściany działowej oraz ściany lewej i prawej przedziału medycznego). Przed przystąpieniem do realizacji zabudowy medycznej należy przedstawić Zamawiającemu do akceptacji wizualizację projektu.
 | **TAK** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie działowej:

a) szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną (blat na wysokości 100 cm ± 5 cm), wyposażona w min. dwie szuflady z systemem przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki, b) pojemnik na zużyte igły,c) miejsce na kosz na odpady,d) miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego, | **TAK/NIE****podać** |   |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie prawej:

a) min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem (tzw. nocnym) uruchamianym automatycznie po ich otwarciu lub uruchamianym osobnym wyłącznikiem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, zamki szafek,b) dwa fotele dla personelu medycznego, obrotowe w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiające jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażone w dwa podłokietniki, zintegrowane 3-punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,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,f) przy fotelu obrotowym panel sterujący umożliwiający:- sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału medycznego,- sterowanie układem ogrzewania przedziału medycznego,- sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,- sterowaniem termoboxem (wyświetlający temperaturę w termoboksie)- wyświetlanie temperatury w przedziale medycznym oraz temperatury na zewnątrz pojazdu,- wyświetlanie informacji o włączonym oświetleniu zewnętrznym,- wyświetlanie informacji o wysuniętym stopniu zewnętrznym,- funkcje zegara i kalendarza.Zamawiający nie dopuszcza panelu sterującego typu „touch screen” (dotykowego). | **TAK****podać** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie lewej:

a) min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem (tzw. nocnym) uruchamianym automatycznie po ich otwarciu lub uruchamianym osobnym wyłącznikiem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, zamki szafek,b) pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) oraz gniazda 12V (min. 3 szt.),c) na wysokości głowy pacjenta panele przesuwane w szynach do zamocowania dowolnego respiratora transportowego, defibrylatora oraz pompy infuzyjnej,d) szafa z pojemnikami do uporządkowanego transportu i segregacji drobnego sprzętu medycznego, e) schowek na narkotyki z zamkiem szyfrowym. | **TAK****podać** |  |
| 1. Uchwyt do kroplówki na min. 4 szt. mocowane w suficie.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Termoboks – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych przenośny lub stacjonarny  (w zabudowie meblowej).
 | **TAK** |  |
| 1. Centralna instalacja tlenowa:
2. z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA,
3. miejsce mocowania 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku(bez butli), 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi,
4. instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm. w butlach tlenowych,
5. konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony,
6. wyposażona we wpinany/wypinany przepływomierz obrotowy z nawilżaczem o przepływie regulowanym do 15L/min.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Laweta (podstawa pod nosze główne) pod inkubator z amortyzacją (funkcja pływająca) oraz blokada amortyzacji, posiadająca przesuw boczny. Dopuszczalne obciążenie min. 450kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian.
 | **TAK** |  |
| 1. Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu.
 | **TAK** |  |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| 1. Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym.
 | **TAK** |  |
| 1. Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym.
 | **TAK** |  |
| 1. W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło typu LED.
 | **TAK** |  |
| 1. Trójkąt ostrzegawczy - 2 sztuki, komplet kluczy, podnośnik samochodowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” tj. co najmniej 10 l paliwa.
 | **TAK****podać** | . |
| 1. Czujniki ciśnienia w oponach.

Dodatkowy zestaw kół zimowych wraz z czujnikami ( felga + opona + czujnik )  | **TAK podać**  |  |
| 1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI**
 |
| 1. Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu.
 | **TAK** |  |
| 1. Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego.
 | **TAK** |  |
| 1. Gwarantowany czas rozpoczęcia naprawy gwarancyjnej zabudowy sanitarnej ambulansu i jego wyposażenia wynosi w dni robocze 24 godziny licząc od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego (pismem, telefonem lub faksem). Realizacja zgłoszonych usterek i napraw gwarancyjnych, w okresie gwarancji w dni robocze – max. w ciągu 72 godzin od zgłoszenia na koszt gwaranta.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy, na którym wykonano adaptację na ambulans, nie krócej jednak niż 24 miesiące bez limitu km.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące.
 | **TAK****podać** | . |
| 1. Gwarancja na perforację – min. 60 miesięcy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące.
 | **TAK****podać** |  |

 **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

|  |
| --- |
| **Zestaw transportowy z inkubatorem noworodkowym – 1 sztuka****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Inkubator przeznaczony do transportu karetkowego noworodków na transporterze z zasilaniem elektrycznym zgodny z aktualną normą pozwalający na wygodny transport inkubatora przy jednoczesnym zminimalizowaniu wysiłku fizycznego personelu medycznego obsługującego zestaw transportowy.

**W kpl do transportera min 2 akumulatory wraz z ładowarką.** 1. **Możliwość wymiany akumulatora bez konieczności użycia narzędzi /parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
2. **W przypadku awarii ambulansu możliwość montażu bez użycia narzędzi platformy wraz z inkubatorem na transporterze FERNO MONDIAL stanowiący własność Zamawiającego**

**/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt** | **TAK podać****TAK/NIE****Podać** **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Inkubator o stabilnej konstrukcji, zawierający:

- kapsułę transportową, w której umieszczony jest noworodek - moduł zasilania w gazy medyczne w konfiguracji min 2 butle o poj. 2,7 l wraz z reduktorami , zestaw przewodów umożliwiający podłączenie respiratora do instalacji tlenowej w ambulansie - moduł zasilania elektrycznego 12V i 230V umożliwiający podłączenie do gniazd instalacji w ambulansie - transporter elektryczny kompatybilny z platforma i inkubatorem,- platforma nośna do transportera elektrycznego, - wyposażenie do podtrzymania i kontroli funkcji życiowych noworodka: respirator, nawilżacz, kardiomonitor, ssak , pompy infuzyjne: **miejsce do montażu zestawu do terapii tlenkiem azotu wraz z instalacją stanowiący własność Zamawiającego**  | **TAK****podać** |  |
| 1. Kapsuła transportowa, w której umieszczony jest noworodek – waga kapsuły do max 28 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| Oferowany zestaw transportowy wraz platformą nośną i wszystkimi elementami wyposażenia musi spełniać wymagane prawem aktualne normy (lub normy równoważne): - aktualna PN EN 1789 | **TAK****podać** |  |
| Oferowany zestaw ma posiadać pozytywny wynik testu przeciążenia 10 G zgodnie z aktualną normą PN EN 1789 ( certyfikat na żądanie )  | **TAK** |  |
| Konstrukcja kopuły transportowej jedno lub dwuścienna na całej powierzchni inkubatora. | **TAK podać**  |  |
| Otwory manipulacyjne rozmieszczone z dwóch stron inkubatora (min. 4 otwory). | **TAK****podać** |  |
|  Zamknięcia otworów manipulacyjnych drzwiczkami z cichym zamkiem.  | **TAK****podać** |  |
| Uszczelnione otwory (przepusty) na rury w kopule inkubatora, przewody monitorowania, cewniki, umożliwiające wyjęcie dziecka z inkubatora bez odłączania (min. 2 sztuki). | **TAK****podać** |  |
|  filtr powietrza ( jeśli wymaga )  | **TAK/NIE****podać** |  |
| Wbudowana lampa oświetlająca wnętrze inkubatora. | **TAK** |  |
|  Inkubator wyposażony w system pochłaniający wibrację podczas transportu noworodka (drgania nie są przenoszone na pacjenta). **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** | **TAK/NIE****podać** |  |
| Niski poziom hałasu pod kopułą inkubatora max. 45 dB. | **TAK****podać** |  |
| Materacyk dla noworodka o wymiarach min. 60 x 30 cm. W kpl dodatkowy materacyk próżniowy wraz z pompką  | **TAK****podać** |  |
| Wbudowany kolorowy ekran LCD (panel sterujący wraz z informacją o odczytach). | **TAK** |  |
| Wyposażenie kapsuły transportowej: wbudowany elektroniczny układ regulacji temperatury powietrza pod kopułą inkubatora z dokładnością 2°C w zakresie min 28-39° C | **TAK podać** |  |
| Wyposażenie kapsuły transportowej: - monitorowanie temperatury na skórze noworodka (35-38°C z zakresem wyświetlania do min 42° C),- monitorowanie temperatury w powietrzu pod kopułą inkubatora z dokładnością 2°C w zakresie min 28-39° C z zakresem wyświetlania do max 50° C), - monitorowanie stężenia tlenu wewnątrz kopuły inkubatora (19-100%). | **TAK****podać** |  |
| Wbudowany w zestaw akumulator zapewniający pracę inkubatora na okres min. 240 minut. | **TAK****podać** |  |
| Zasilanie sieciowe inkubatora z wbudowaną ładowarką 230V, 50 HZ. , zasilanie 12V z instalacji ambulansu  | **TAK podać** |  |
|  Zasilanie akumulatorowe ( podtrzymujące ) kapsuły transportowej na okres rozłączenia od modułu zasilania głównego min. 12 minut. | **TAK****podać** |  |
| Inkubator posiadający alarmy akustyczno-optyczne dla następujących sytuacji:- przekroczenia lub spadku nastawionej temperatury,- przekroczenia lub spadku stężenia tlenu, | **TAK** |  |
| Regulacja głośności alarmów min. 3 stopni.  | **TAK****podać** |  |
| Wyposażenie:- pokrowiec na inkubator typu „Cicha Noc” (min 1 sztuki),- filtr wejściowy powietrza pobieranego z otoczenia (2 sztuki) – jeśli wymaga - czujnik temperatury skóry (1 sztuka),- czujnik tlenowy (1 sztuka),- nawilżacz do respiratora (opis poniżej),- respirator transportowy (1 sztuka – opis poniżej),- kardiomonitor transportowy (1 sztuka – opis poniżej),- ssak akumulatorowy ( 1 szt opis poniżej ) - pompa infuzyjna strzykawkowa (4 sztuki – opis poniżej),- platforma nośna pod inkubator ( 1 szt ) - transporter elektryczny ( 1 szt - opis poniżej )  | **TAK** |  |
| Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, -pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu. | **TAK** |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. | **TAK** |  |
| Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **TAK** |  |
| Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. | **TAK** |  |
| Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe – minimum 3). | **TAK****podać** |  |
| **Respirator noworodkowy – 1 sztuka****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Aparat przewoźny o ergonomicznej konstrukcji tzn. elementy podłączenia do pacjenta dostępne są od jednej strony.
 | **TAK** |  |
| 1. Respirator przeznaczony do wentylacji wcześniaków, noworodków i dzieci z wagą od 0,5 kg. Z możliwością wyświetlania do 3 krzywych dynamicznych jednoczasowo
 | **TAK** |  |
| Zasilanie elektryczne 230 V, 50 Hz. | **TAK** |  |
| Zasilanie z wbudowanego akumulatora wystarczające na minimum 4 godzin pracy. | **TAK****podać** |  |
| Waga respiratora: ≤ 6,5 kg. | **TAK****podać** |  |
| Wymiary maksymalne: 40 x 35 x 16 cm. | **TAK****podać** |  |
| Metody wentylacji:- V-AC,- V-SIMV,- PRVC,- P-AC,- P-SIMV,- CPAP,- NIV,- wentylacja zabezpieczająca na wypadek bezdechu. | **TAK** |  |
| Parametry nastawialne:- częstość oddechów 1- 150 oddechów/minutę,- objętość oddechowa 2-300 ml,- czas wdechu min. 0.2-30.0 sek.,- czas wydechu min. 0,2-30 sekund,- stosunek I:E min. 1:150 do 150:1,- czas obserwacji bezdechu min. 10-60 sekund,- wspomaganie ciśnieniem w zakresie 1-55 cm H2O,- przepływ wdechowy regulowany min. 0-180 L/minutę,- PEEP/CPAP min 0-20 cm H2O,- regulacja stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej 21-100%,- PIP 6-55 cm H2O,- przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta zakres 0,2 – 15 l/minutę, | **TAK****podać** |  |
|  Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji:- wbudowany łącznie z respiratorem w jednej obudowie kolorowy ekran dotykowy LCD min. 8”,- komunikacja z użytkownikiem w języku polskim.- preprogramowane parametry wentylacji dla noworodków i dzieci – wybór na panelu czołowym niezależnymi przyciskami  | **TAK****podać** |  |
| Wyposażenie: - kompletny układ oddechowy, jednorazowy (25 sztuki),- nawilżacz transportowy (1 sztuka) z regulacją temperatury - komora nawilżacza (15 sztuki). | **TAK****podać** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania), potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |
| **Kardiomonitor transportowy – 1 sztuka****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Kardiomonitor przenośny umożliwiający monitorowanie parametrów życiowych pacjenta w trakcie transportu:
2. EKG, HR, analiza zaburzeń pracy serca,
3. nieinwazyjny pomiar ciśnienia NBP,
4. inwazyjny pomiar ciśnienia,
5. saturacja SpO2 , pomiar w technlogii Massimo lub Nellcor
6. pomiar temperatury,
7. pomiar CO2.
 | **TAK** |  |
| 1. Kardiomonitor o budowie modułowej, moduły pomiarowe fabrycznie wbudowane z możliwością podpięcia rozszerzeń modułowych. Konstrukcja nieposiadająca wewnętrznych wentylatorów. Wysoka odporność na zabrudzenia, zalanie (min. IP32), wstrząsy, uderzenia, upadki (klasa 7M3 min. z 1 m) potwierdzona w dokumentach producenta. Kardiomonitor wyposażony w zasilanie akumulatorowe na min. 5 godzin. Automatyczne ładowanie akumulatora. Bateria litowo-jonowa o pojemności min. 2000mAh oraz z wskaźnikiem naładowania. Zasilanie 100-240V, 50 Hz. Waga max. 1,5 kg.w kpl system zasilania
 | **TAK****podać** |  |
| Alarmy dźwiękowe i wizualne wszystkich monitorowanych parametrów oraz zaburzeń rytmu serca. Możliwość zawieszania alarmów dźwiękowych na wybrany okres czasu od 1 do 5 minut oraz na stałe. Możliwość wyłączania alarmów poszczególnych parametrów. Alarmy ustawiane ręcznie oraz automatycznie (na podstawie aktualnego stanu pacjenta) z możliwością regulacji progów w jednym wspólnym menu. Regulacja głośności alarmów dźwiękowych z zabezpieczeniem przed całkowitym wyciszeniem .  | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyświetlanie wartości liczbowych i krzywych dynamicznych na wbudowanym ekranie LCD TFT, możliwość równoczesnej prezentacji min. 3 krzywych dynamicznych różnych parametrów (z możliwą rozbudową do 5 krzywych), a w przypadku monitorowania EKG wszystkich 12 odprowadzeń. Kardiomonitor wyposażony w wyświetlacz o przekątnej min 5,5’ o rozdzielczości min. 1024x480 pikseli, pamięć pomiarów pacjenta. Obsługa za pomocą pojemnościowego ekranu dotykowego , wszystkie przyciski obsługi dostępne na ekranie dotykowym. Możliwość konfiguracji ekranów z prezentacją danych wg wytycznych Użytkownika.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Monitorowanie czynności oddechowej oraz EKG. Możliwość jednoczesnego wyświetlenia zapisu EKG 12 odprowadzeń przy użyciu kabla 3, 5 lub 6 elektrodowego. Pomiar HR w zakresie min. 20-300 /minutę . Pomiar częstości oddechu w zakresie min. 0-120 odd/minutę z dokładnością +/-1 odd/minutę. Monitorowanie i alarmy długości odcinka QT i QTc. Monitorowanie i alarmy uniesienia odcinka ST. Rozpoznawanie i sygnalizacja alarmowa zaburzeń rytmu, w tym co najmniej: asystolii, bradykardii, tachykardii, migotania komór, migotania przedsionków.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Monitorowanie SpO2 w zakresie 0-100%. Zakres pomiarowy tętna min. 40-240/minutę. Technologia pomiaru o potwierdzonej klinicznie odporności na zakłócenia: Masimo , Nellcor lub FAST.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Pomiar nieinwazyjny ciśnienia (NIBP). Zakres pomiarowy min. 15-125 mm Hg w trybie neonatatnym . Tryby pomiaru: ręczny, automatyczny, ciągły, sekwencja. Możliwość programowania odstępu między pomiarami w trybie automatycznym
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Monitorowanie temperatury w zakresie min. 0-45˚C. Możliwość pomiaru powierzchniowego lub głębokiego (w komplecie odpowiednie czujniki).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Inwazyjny pomiar ciśnienia w dwóch kanałach (IBP). Pomiar w zakresie min. od -40 do +300 mmHg. Obliczanie PPV albo SPV.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Automatyczny zapis danych pacjenta w pamięci urządzenia.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażenie (dotyczy każdego kardiomonitora):

- przewód wielorazowy EKG 3 odprowadzeniowy z możliwością podłączenia elektrod noworodkowych z kabelkami – 1 szt.,- czujnik jednorazowySpO2 z przewodem – 25 szt.,- komplet mankietów do pomiaru ciśnienia, min. 3 rozmiary – po 10 szt z każdego rozmiaru,- czujnik wielorazowy temperatury (powierzchniowy lub centralny) – 2 szt. | **TAK****podać** |  |
| 12. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania), potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
2. Umiejscowienie przy respiratorze.
 | **TAK****podać** |  |
| **Pompa strzykawkowa 4 szt wraz ze stacją dokującą** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Pompa wyposażona w miękką klawiaturę i wyświetlacz LCD.
 | **TAK** |  |
| 1. Stosowanie strzykawek 5, 10, 20, 30, 50 ml. Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki.
 | **TAK** |  |
| Szybkość dozowania min. 0,01 - 990 ml/h. | **TAK****podać** |  |
| Szybkość dozowania Bolus-a min. 1600 ml/h. | **TAK****podać** |  |
| Bolus manualny i automatyczny – tzn. z możliwością zaprogramowania objętości/dawki. | **TAK** |  |
| Programowane parametry podaży Bolus-a:- objętość / dawka,- czas lub szybkość podaży. | **TAK** |  |
| Zmiana parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji. | **TAK** |  |
| Programowanie biblioteki leków. | **TAK** |  |
| Rozbudowany system alarmów:- nieprawidłowa strzykawka,- 5 minut do opróżnienia strzykawki,- pusta strzykawka,- 5 minut do końca infuzji,- koniec infuzji,- 30 minut do rozładowania akumulatora,- akumulator rozładowany,- okluzja,- pompa uszkodzona | **TAK** |  |
| Czas pracy z wbudowanego akumulatora min. 10 h przy infuzji 1ml/h. | **TAK****podać** |  |
| Strzykawka montowana od czoła pompy, za odchylanym panelem przednim. | **TAK** |  |
| Wyświetlacz, na którym w czasie infuzji stale wyświetlane są minimum następujące informacje:- nazwa leku,- szybkość dozowania leku,- objętość do podania,- stan naładowania akumulatora. | **TAK****podać** |  |
| Waga 1 szt pompy do max 2.5 kg | **TAK** **podać** |  |
| 14. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania), potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |
| **Ssak transportowy elektryczny – 1 sztuka****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..………………….** |
| 1. Ssak powinien zawierać:

- jednorazowy zbiornik na treści odsysane z filtrem bakteryjnym mieszczący się w przedziale od 500 ml do 1000 ml - w ilości 10 szt.,- akumulator o czasie pracy ciągłej bez zasilania min 30 min ,- przewody zasilające 12 VDC przystosowane do gniazda w karetce i na platformie  | **TAK** |  |
| 1. Ssak wyposażony w słój wielorazowego użytku o pojemności 1 l.
 | **TAK** |  |
| 1. Ssak posiadający płynną regulację podciśnienia do 800mBar
 | **TAK** |  |
| 1. Filtr na wyposażeniu.
 | **TAK** |  |
| 1. Niski poziom hałasu.
 | **TAK** |  |
| 1. Łatwo zmywalny panel kontrolny prezentujący dane wskaźnik zasilania wewnętrznego, wskaźnik zasilania zewnętrznego,
 | **TAK** |  |
| 1. Wbudowany manometr lub diodowy wskaźnik aktualnego podciśnienia.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Mały rozmiar urządzenia.
 | **TAK** |  |
| 1. Akumulator wystarczający minimum ok. 30 minut ciągłej pracy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Mocowanie do ssaka zamontowane na platformie noszy.
 | **TAK** |  |
| 1. Urządzenie powinno spełniać wymagania Normy EN-1789 (lub równoważnej).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 | **TAK** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 | **TAK****podać** |  |

 ………………………………………………..…………………………

 Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych do reprezentacji

 Wykonawcy (kwalifikowany podpis elektroniczny)

Płock, 14 października 2022 r.

Załącznik nr 2

 PARAMETRY DODATKOWO PUNKTOWANE NIE WYMAGANE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **napęd 4 x 4 – dot. pojazdu bazowego****/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt** | **TAK/NIE** |  |
| **W przypadku awarii ambulansu możliwość montażu bez użycia narzędzi platformy wraz z inkubatorem na transporterze FERNO MONDIAL stanowiący własność Zamawiającego w ambulansie zastępczym** **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt** | **TAK/NIE** |  |
| **Możliwość wymiany akumulatora bez konieczności użycia narzędzi** **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** |  **TAK/NIE** |  |
| **Inkubator wyposażony w system pochłaniający wibrację podczas transportu noworodka (drgania zminimalizowane przenoszone na pacjenta).** **/parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.** |  **TAK/NIE** |  |

Płock, 14 października 2022 r.