**ZP/7/19/W Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Zadanie 2**

**FORMULARZ MINIMALNYCH PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**ORAZ PARAMETRÓW PUNKTOWANYCH**

**(Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia)**

Ambulans typu C z wyposażeniem (posiadający deklarację CE zgodnie z przepisami prawa polskiego potwierdzające zgodność zabudowy medycznej z wymogami normy aktualnej PN EN 1789+A2 w zakresie ambulansu typu C oraz zgodność wyposażenia medycznego z aktualną normą  PN EN 1865).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
| 2 | **model / typ** | **Tak/podać** |   |
| 3 | **rok produkcji - 2019** | **Tak/podać** |   |
| 4 | **NADWOZIE** |  |   |
| 5 | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. | **Tak/podać** |   |
| 6 | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego. | **Tak/podać** |   |
| 7 | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, wysokie (otwór drzwiowy min. 175 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego. | **Tak/podać** |   |
| 8 | Drzwi boczne lewe przesuwne do tyłu. | **Tak/podać** |   |
| 9 | Drzwi tylne dwuskrzydłowe, wysokie (otwór drzwiowy min. 180 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o | **Tak/podać** |   |
| 10 | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny | **Tak/podać** |   |
| 11 | Stopień wejściowy (boczny przy prawych drzwiach przesuwnych) do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie chowany / wysuwany przy zamykaniu / otwieraniu drzwi przesuwnych | **Tak/podać** |   |
| 12 | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu | **Tak/podać** |   |
| 13 | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją statycznego doświetlania zakrętów- ***opcja punktowana:*** * **doświetlanie zakrętów przez reflektory przeciwmgielne - 0 pkt,**
* **doświetlanie zakrętów zintegrowane z reflektorem przednim „mijania”- 4 pkt**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 14 | Kolor żółty (fabryczny) RAL1016 lub kolor biały***opcja punktowana:*** * **kolor biały - 0 pkt,**

**kolor żółty (fabryczny) RAL1016 - 3 pkt.**Kolor żółty (fabryczny) RAL1016 lub kolor biały | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 15 | **SILNIK** |  |   |
| 16 |  Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa CommonRail z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch zimnego silnika, o pojemności min. 1900 cm3- ***opcja punktowana:*** * **pojemność silnika 1900 cm3 do 2199 cm3 - 0 pkt,**
* **pojemność silnika 2200 cm3 do 2499 cm3 - 4 pkt,**
* **pojemność silnika powyżej 2500 cm3 - 5 pkt**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 17 | Moc silnika min. 120 KW. | **Tak/podać** |   |
| 18 | Silnik spełniający obecnie obowiązujące przepisy norm spalin  | **Tak/podać** |   |
| 19 | System wskazujący czas/przebieg do następnego przeglądu serwisowego dostępny dla użytkownika przez cały okres eksploatacji pojazdu | **Tak/podać** |  |
| 20 | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** |  |   |
| 21 | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. sześciobiegowa + bieg wsteczny lub automatyczna z możliwością manualnej redukcji biegów,- ***opcja punktowana:*** * **skrzynia manualna - 0 pkt**
* **skrzynia automatyczna - 1 pkt**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 22 | Napęd na koła przednie lub tylne | **Tak/podać** |   |
| 23 | **ZAWIESZENIE** |  |   |
| 24 | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy transport pacjenta. | **Tak/podać** |   |
| 25 | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |   |
| 26 | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania | **Tak/podać** |   |
| 27 | System wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA  | **Tak/podać** |   |
| 28 | System ABS zapobiegający blokadzie kół w trakcie hamowania | **Tak/podać** |   |
| 29 | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy np. ESP | **Tak/podać** |   |
| 30 | System zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | **Tak/podać** |   |
| 31 | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | **Tak/podać** |   |
| 32 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
| 33 | Alternator o wydajności min. 185 A | **Tak/podać** |   |
| 34 | Min. dwa akumulatory głębokiego rozładowania o pojemności min. 90 Ah (w przypadku, gdy pojazd wyposażony jest w fabryczny akumulator typu kwasowego wykonawca zamiennie oferuje akumulator żelowy) | **Tak/podać** |  |
| 35 | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |   |
| 36 | Elementy sterowania na panelu i sterownikach w języku Polskim |  |  |
| 37 | Min. Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | **Tak/podać** |  |
| 38 | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |
| 39 | Regulowana kolumna kierownicy.  | **Tak/podać** |   |
| 40 | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | **Tak/podać** |   |
| 41 | Klimatyzacja kabiny kierowcy ***opcja punktowana:*** * **klimatyzacja manualna - 0 pkt,**
* **klimatyzacja np. typu klimatronic - 3 pkt.**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 42 | Kamera cofania z wyświetlaczem min. 4,5” | **Tak/podać** |   |
| 43 | Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy | **Tak/podać** |   |
| 44 | Dodatkowy komplet kół zimowych na felgach stalowych | **Tak/podać** |   |
| 45 | **Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny zgodnie z aktualną PNEN 1789+A2** |  |   |
| 46 | Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym Załączniku do SIWZ) musi posiadać przeprowadzone badania wyszczególnione w Załączniku C do normy PN-EN 1789+A2. (Zwraca się uwagę na fakt, że badania układów podtrzymujących i zamocowań 4.5.9/5.3 wykonuje jednostka notyfikowana) | **Tak/podać** |   |
| 47 | **NADWOZIE** |  |   |
| 48 | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800 ***opcja punktowana:*** * **długość 3250 do 3259 - 0 pkt,**
* **długość 3260 do 3349 - 3 pkt**
* **długość powyżej 3350 - 6 pkt.**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 49 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, z miejscem mocowania krzesełka transportowego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego, deski ortopedycznej dla dorosłych i dzieci, kamizelki KED, szyn typu Kramer, trzech kasków wraz z kaskami. Od strony schowka ma być zapewniony dostęp do plecaka/torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym ( tak zwany dostęp do plecaka/torby z przedziału medycznego i zewnątrz pojazdu). Zamawiający może dopuścić inne rozmieszczenie sprzętu po konsultacji z producentem ambulansu)  | **Tak/podać** |   |
| 50 | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |   |
| 51 | Dodatkowe ogrzewanie wodne, umożliwiające ogrzanie silnika przed jego rozruchem. | **Tak/podać** |   |
| 52 | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W | **Tak/podać** |   |
| 53 | Dodatkowy niezależny od pracy silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 KW. | **Tak/podać** |   |
| 54 | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego.  | **Tak/podać** |   |
| 55 | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa). Wymagany dostęp i instrukcja przeprowadzenia dezynfekcji (odgrzybiania)klimatyzacji dodatkowej. | **Tak/podać** |   |
| 56 | Dodatkowa nagrzewnica wodna z zaworem odcinającym, oraz pompą wody, umożliwiająca ogrzewanie przedziału medycznego**.** | **Tak/podać** |  |
| 57 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
| 58 | Instalacja elektryczna 230 V:  - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka) - min. 3 gniazda 230 V w przedziale medycznym w tym jedno przy drukarce - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. | **Tak/Podać** |   |
| 59 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie zainstalowanych akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  | **Tak/podać** |   |
| 60 | Przetwornica 12V/230V o mocy min 1000W, charakterystyka sinusoidalna, zasilanie po przetwornicy dostępne we wszystkich gniazdach 230V, przełączanie odbywa się w sposób automatyczny. | **Tak/podać** |  |
| 61 | Wizualna sygnalizacja informująca o połączeniu ambulansu do sieci 230V | **Tak/podać** |   |
| 62 | Instalacja elektryczna 12V:  - min. 6 gniazd 12 V w przedziale medycznym (w tym dwa 20A), do podłączenia urządzeń medycznych (miejsce lokalizacji do uzgodnienia po podpisaniu umowy),  - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki | **Tak/podać** |   |
| 63 | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |   |
| 64 | W przedniej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w kolorze niebieskim o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
| 65 | Pojazd wyposażony w modulator min. 180W (2 głośniki zamontowane w pasie przednim) przystosowany do podawania komunikatów głosowych. Sterowanie modulatorem przy pomocy pilota dedykowanego do niego oraz klaksonu pojazdu. | **Tak/podać** |   |
| 66 | Na wysokości podszybia lub w pasie przednim dwie niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  | **Tak/Podać** |   |
| 67 | W tylnej części dachu pojedyncza lampa niebieska tupu LED o wysokości bez zestawu montażowego max. 100 mm (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
| 68 | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu ww. drzwi | **Tak/podać** |   |
| 69 | Oznakowanie pojazdu w 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 pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r , - po obu bokach i na tylnych drzwiach pojazdu nadruk barwy czerwonej z literą S wpisaną w okrąg i zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - nazwy dysponenta jednostki umieszczony po obu bokach pojazdu (emblemat dostarczy użytkownik pojazdu). | **Tak/podać** |   |
| 70 | Reflektory zewnętrzne typu LED z tyłu i po bokach, po dwa z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 20 km/h. | **Tak/Podać** |   |
| 71 | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej– podać markę i model. | **Tak/podać** |   |
| 72 | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |   |   |
| 73 | W kabinie kierowcy zamontowana stacja dokująca do tabletu Duradook na uchwycie RAM MOUNT oraz zestaw zasilający stację dokującą + 2 szt. tabletow Durabook R11AH z dodatkowym zasilaczem sieciowym i zasilaczem samochodowym | **Tak/Podać** |   |
| 74 | W kabinie kierowcy radiotelefon przewoźny cyfrowy DMR / GPS MOTOTRBO™ serii 4601e. + 3 szt. DP-4800E MOTOTRBO Radiotelefon analogowo - cyfrowy VHF | **Tak/Podać** |   |
| 75 | W kabinie kierowcy moduł GPS Teltonika FM3300 z antenami zamocowanymi wewnątrz kabiny (szybie, podszybiu) ) lub inne rozwiązanie podłączenia anten | **Tak/Podać** |   |
| 76 | W przedziale medycznym zamocowany uchwytydodrukarki HP OfficeJet 200 Mobile Printer + drukarka HP OfficeJet 200 Mobile Printer z baterią + gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V | **Tak/Podać** |   |
| 77 | Na dachu pojazdu anteny zewnętrzne rozmieszczone prostopadle do osi wzdłużnej pojazdu spełniające następujące wymogi: - pierwsza antena nadawczo-odbiorcza VHF zakres częstotliwości -168-170 MHz, współczynnik fali stojącej -1,6, polaryzacja pionowa, charakterystyka promieniowania –dookólna, odporność na działanie wiatru 55 m/s podłączona do radiotelefonu- druga antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do radiotelefonu- trzecia antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do stacji dokującej dla tabletu Duradook- czwarta antenaGSM/DCS/UMTS (wtyk: SMA) min. 5dBi i max długości 29 cm podłączona do stacji dokującej dla tabletu Duradook. Lub rozwiązanie równoważne zatwierdzone przez zamawiającego. | **Tak/Podać** |   |
| 78 | W kabinie kierowców dodatkowe dwa gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V pozwalające na zasilanie nawigacji, ładowanie telefonu komórkowego itp. | **Tak/podać** |   |
| 79 | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
| 80 | Sufitowe oświetlenie rozproszone realizowane przez lampy typu LED w naturalnym kolorze. | **Tak/podać** |   |
| 81 | Nad noszami, co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne ze światłem skupionym emitowanym przez lampy typu LED (lampy z regulacją kąta padania światła). | **Tak/Podać** |   |
| 82 | Oświetlenie punktowe blatu roboczego typu LED. | **Tak/podać** |   |
| 83 | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
| 84 | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **Tak/podać** |   |
| 85 | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym  | **Tak/podać** |  |
| 86 | Na prawej ścianie min. jeden fotel obrotowy wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa, podłokietniki, (co najmniej z lewej strony) i zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Podać markę i model oferowanego fotela.  | **Tak/podać** |   |
| 87 | Fotel obrotowy u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) z systemem przesuwu usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa. Podać markę i model oferowanego fotela. | **Tak/Podać** |   |
| 88 | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwane (minimalne wymiary przejścia: wysokość przejścia min. 175cm, szerokość przejścia min. 40 cm) spełniające normę PN EN 1789+A2. | **Tak/podać** |  |
| 89 | Zabudowa przedziału medycznego wykonana z tworzywa sztucznego- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów. Miejsce mocowania torby oraz , plecaka medycznego- półki podsufitowe (na ścianie lewej i prawej) z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty- miejsce mocowanie, co najmniej trzech pudełek na rękawiczki jednorazowe- zabudowana lodówka stacjonarna 7÷15 litrów o min. zakresie temperatur 0÷6 oC stale regulowanym przez termostat z cyfrowym odczytem temp., zasilana 12 V DC, do przechowywania leków.- przy ścianie działowej szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną oraz z co najmniej trzema szufladami,- zabudowany kosz na odpadki- zabudowany pojemnik na zużyte igły, strzykawki Zamawiający wymaga możliwości montażu sprzętu medycznego na lewej ścianie do przesuwnych paneli, umożliwiających przesuw sprzętu oraz zablokowanie w wybranej pozycji. Min. 5 szt. paneli pod defibrylator, respirator, pompy infuzyjne ładowarki, itp.Do oferty należy dołączyć schemat oferowanej zabudowy medycznej. | **Tak/Podać** |   |
| 90 | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | **Tak/Podać** |   |
| 91 | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **Tak/podać** |   |
| 92 | Centralna instalacja tlenowa: - wyposażona w min 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego oraz 1 gniazdo w suficie- 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami butlowymi i szybkozłączką AGA (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy).- konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów  reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony- konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. - 4 szt. butli tlenowych 2 l lub 2,7 l z reduktorami butlowymi  z przepływomierzem i szbkozłączką AGA (konstrukcja reduktora  umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy) zamontowane wewnątrz przedziału medycznego w specjalnie uchwycie zamontowanym na lewej lub prawej ścianie,- instalacja wyposażona w przepływomierz obrotowy o przepływie od 0 do 15L/min bez nawilżacza | **Tak/podać** |   |
| 93 | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności).Zamawiający nie dopuszcza lawety, w której zwolnienie mechanizmu jej wysuwu odbywa się za pomocą linki. | **Tak/podać** |   |
| 94 | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych | **Tak/podać** |   |
| 95 | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |   |
| 96 | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa - oświetlenie ostrzegawcze- gaśnicę,- panel: * sterujący oświetleniem przedziału medycznego,
* sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału

medycznego,* sterujący oświetleniem zewnętrznym tzw. roboczym oprócz

sterowania na słupku drzwi tylnych | **Tak/podać** |   |
| 97 | Kabina kierowcy ma być wyposażona w: - radio z nawigacją o wyświetlaczu min. 7” (dopuszczalna nawigacja 7” niezintegrowana z radiem),- panel sterujący         informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych,         informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia,  pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V,         informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia  pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy,        informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego, - przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania  w ambulansie, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym 2 godziny (przy maksymalnym natężeniu światła), natężenie światła min. 300 lm,  klasa odporności min. IP 65, waga do 300 gr., wyposażony w stojak  oraz ładowarkę 12V i 230V (podać markę i model). | **Tak/podać** |   |
| 98 | Gwarancja mechaniczna na pojazd 24 m-ce, bez limitu kilometrów. Gwarancja na powłoki lakiernicze pojazdu 24 m-cy.Gwarancja na perforację nadwozia pojazdu 24 m-cy.Gwarancja na przedział medyczny (zabudowa medyczna i sprzęt towarzyszący) 24 m-ce. | **Tak/Podać** |   |
| 99 | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem). | **Tak/Podać** |   |
| 100 | Dwa darmowe przeglądy okresowe zabudowy sanitarnej realizowane w siedzibie Zamawiającego. | **Tak/Podać** |  |
| 101 | **NOSZE GŁÓWNE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć deklarację zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |   |
| 102 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 103 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/Podać** |   |
| 104 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/Podać** |   |
| 105 | Możliwość płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 80 stopni | **Tak/podać** |   |
| 106 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha, przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | **Tak/podać** |   |
| 107 | Zestaw pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy, z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci na noszach (dokumenty potwierdzające kompatybilność). | **Tak/podać** |   |
| 108 |  Składane poręcze boczne, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy  | **Tak/podać** |   |
| 109 | Możliwość wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy | **Tak/Podać** |   |
| 110 | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnym | **Tak/Podać** |   |
| 111 | Cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi i płynów, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | **Tak/Podać** |   |
| 112 | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/podać** |   |
| 113 | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | **Tak/podać** |   |
| 114 | Waga oferowanych noszy max. 23 kg | **Tak/podać** |   |
| 115 | Gwarancja na nosze min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 116 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 117 | Dwa darmowe przeglądy okresowe noszy głównych realizowane w siedzibie Zamawiającego  |  |  |
| 118 | Serwis gwarancyjny noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem) | **Tak/Podać** |   |
| 119  |  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć deklarację zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie, w języku polskim).** |  |   |
| 120 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
| 121 | **model / typ** | **Tak/Podać** |   |
| 122 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/Podać** |   |
| 123 | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN-EN 1789+A2, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC, załączyć do oferty. | **Tak/Podać** |   |
| 124 | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu transportera noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie transportera noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę.***opcja punktowana:*** * **system składania i rozkładania podwozia transportera w trakcie załadunku i rozładunku wymagający używania dźwigni lub przycisków - 0 pkt,**
* **system składania i rozkładania podwozia transportera w trakcie załadunku i rozładunku bez konieczności używania dźwigni lub przycisków - 4 pkt.**
 | **Tak/Podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 125 | System szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | **Tak/Podać** |   |
| 126 | Regulację wysokości w min sześciu poziomach | **Tak/Podać** |   |
| 127 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | **Tak/podać** |   |
| 128 | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, min. dwa koła skrętne w zakresie 360 stopni i wyposażone w hamulce, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera. Podać średnicę kółek w mm. | **Tak/podać** |   |
| 129 | Transporter zabezpieczony przed przypadkowym wyjazdem w momencie gdy golenie przednie są rozłożone a wciśnięty jest przycisk zwalniający.  | **Tak/podać** |   |
| 130 | Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 223 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg) | **Tak/podać** |   |
| 131 | Waga zestawu transportowego max. 51 kg | **Tak/podać** |   |
| 132 | Transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/Podać** |   |
| 133 | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi  | **Tak/Podać** |   |
| 134 | Gwarancja na transporter noszy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 135 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 136 | Serwis gwarancyjny transportera noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem) | **Tak/Podać** |   |
| 137 | Dwa darmowe przeglądy okresowe transportera noszy głównych realizowane w siedzibie Zamawiającego. |  |  |
| 138 | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE KARDIOLOGICZNE SKŁADANE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-4 lub normy równoważnej) ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |   |
| 139 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 140 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |   |
| 141 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/podać** |   |
| 142 | Wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |
| 143 | Wyposażone w min. 4 kółka jezdne, przy czym przednie koła obrotowe o średnicy min. 100mm, a tylne o średnicy min. 150mm wyposażone w hamulce | **Tak/podać** |   |
| 144 | Wyposażone w składany system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach z tzw. hamulcem obciążeniowym tzn. im pacjent cięższy tym krzesło wolniej jedzie po schodach. ***opcja punktowana:*** * **system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach bez możliwości jego demontażu - 0 pkt,**
* **system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach z możliwoscią jego demontażu** **- 4 pkt.**

  | **Tak/Podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 145 | Wyposażony w tylną ramę o regulowanej długości/wysokości służącą do znoszenia i zjazdu po schodach | **Tak/Podać** |   |
| 146 | Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości na min. trzech poziomach  | **Tak/Podać** |   |
| 147 | Wyposażone w składane tylne rączki transportowe  | **Tak/Podać** |   |
| 148 | Wyposażone w podparcie pod nogi pacjenta  | **Tak/Podać** |   |
| 149 | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | **Tak/podać** |   |
| 150 | Oparcie z możliwością unieruchomienia głowy pacjenta (dopuszcza się opcję np. zagłówek mocowany do ramy krzesełka | **Tak/Podać** |   |
| 151 | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego, szybkodemontowalne | **Tak/podać** |   |
| 152 | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie, plus 1 kpl pasów zapasowych | **Tak/podać** |   |
| 153 | waga max 15 kg z systemem zjazdu po schodach  | **Tak/podać** |   |
| 154 | dopuszczalne obciążenie min 200 kg (podać max. obciążenie) | **Tak/Podać** |   |
| 155 | Gwarancja na krzesełko transportowe kardiologiczne min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 156 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 157 | Serwis gwarancyjny krzesełka transportowego kardiologicznego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |
| 158 | Dwa darmowe przeglądy okresowe krzesełka kardiologicznego realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |  |
| 159 | **NOSZE PODBIERAKOWE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej) ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |   |
| 160 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 161 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |   |
| 162 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/podać** |   |
| 163 | Rama noszy wykonana z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |
| 164 | Łopaty wykonane z tworzywa sztucznego | **Tak/podać** |   |
| 165 | Nosze umożliwiają wykonanie pełnego zdjęcia RTG na poziomie diagnostycznym (głowy, miednicy - kręgosłupa | **Tak/podać** |   |
| 166 | Wielostopniowa regulacja długości noszy umożliwiająca ich dopasowanie do wymiaru pacjenta  | **Tak/podać** |   |
| 167 | Wyposażone w min 3 szt. pasów zabezpieczających o regulowanej długości mocowane do ramy noszy | **Tak/podać** |   |
| 168 | Konstrukcja zamków spinających łopaty wykluczająca możliwość przypadkowego ich rozpięcia | **Tak/podać** |   |
| 169 | Minimum 10 ergonomicznych zdystansowanych od podłoża uchwytów do przenoszenia, umieszczonych na obwodzie noszy | **Tak/podać** |   |
| 170 | Możliwość złożenia ich w połowie długości celem łatwiejszego transportu | **Tak/podać** |   |
| 171 | Konstrukcja noszy umożliwiająca montaż systemu unieruchomienia głowy | **Tak/podać** |   |
| 172 | Obciążenie dopuszczalne min 159 kg  | **Tak/podać** |   |
| 173 | Waga noszy max 8 kg | **Tak/podać** |   |
| 174 | Szerokość noszy min 41 cm | **Tak/podać** |   |
| 175 | Gwarancja na nosze podbierakowe min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 176 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 177 | Serwis gwarancyjny noszy podbierakowych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |   |
| 178 | **PŁACHTA RATOWNICZA****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 179 | **Podać markę i model**  | **Tak/podać** |  |
| 180 | Wykonana z tworzywa sztucznego o bardzo dużej wytrzymałości, odporna na działanie substancji ropopochodnych, smarów i olejów, nieprzyjmująca krwi brudu, przystosowana do dezynfekcji.  | **Tak/podać** |  |
| 181 | Wyposażona w min. 8 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie, wyposażona w specjalne zakładki zabezpieczające przed wysunięciem się pacjenta w trakcie transportu po schodach lub wyposażona w kieszeń na stopy zapobiegające przed wysunięciem się pacjenta w trakcie transportu po schodach, przystosowana do transportu pacjentów na desce ortopedycznej. | **Tak/podać** |  |
| 182 | Waga max 3 kg.  | **Tak/podać** |  |
| 183 | Obciążenie dopuszczalne powyżej 250 kg.Podać max obciążenie i wymiary. | **Tak/podać** |  |
| 184 | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 185 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 186 | Wykonana z tworzywa sztucznego o dużej wytrzymałości ,odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury, substancje ropopochodne, zwężona od strony nóg ułatwiająca manewrowanie w ciasnych przestrzeniach | **Tak/podać** |  |
| 187 | Gładka, płaska powierzchnia leża pacjenta. z możliwością prześwietlania promieniami X. | **Tak/podać** |  |
| 188 | Uchwyty do przenoszenia – min. 18 szt. rozmieszczone na obwodzie deski, zdystansowane od podłoża. | **Tak/podać** |  |
| 189 | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe wykonane z tworzywa odpornego na krew, min. 6 sztuki z możliwością regulacji długości zakończone metalowymi obrotowymi karabińczykami, zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza , pasy kodowane kolorem | **Tak/podać** |  |
| 190 | System unieruchomienia głowy wielokrotnego użytku składający się z podkładki pod głowę mocowanej do deski ortopedycznej , dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami usznymi + min. dwa paski mocujące głowę | **Tak/podać** |  |
| 191 | Dopuszczalne obciążenie powyżej 158 kg ,długość min 180 cm, szerokość min 41 cm, ciężar deski max 8 kg. | **Tak/podać** |  |
| 192 | **KAMIZELKA ORTOPEDYCZNA ,****Na wezwanie Zamawiającego :dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. , folder, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie .** |  |  |
| 193 | Pokryta wytrzymałym, odpornym na przetarcia tworzywem sztucznym, wykonana z materiału zmywalnego przystosowana do dezynfekcji , nienasiąkliwa , nieprzyjmująca krwi i brudu. | **Tak/podać** |  |
| 194 | Wyposażona we wbudowane uchwyty transportowe i komplet pasów zabezpieczających kodowanych kolorem | **Tak/podać** |  |
| 195 | Poduszkę wypełniającą krzywizny ciała , paski stabilizujące głowę min 2 szt. , pokrowiec ochronny , prześwietlalna dla promieni X stopniu diagnostycznym umożliwiającym diagnostykę RTG | **Tak/podać** |  |
| 196 | Obciążenie dopuszczalne powyżej 200 kg , waga kamizelki do 4 kg |  |  |
| 197 | **DESKA ORTOPEDYCZNA PEDIATRYCZNA** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 198 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 199 | Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci w pokrowcu ochronnym transportowym łatwo zmywalnym. | **Tak/podać** |  |
| 200 | Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, nienasiąkliwa, przystosowana do dezynfekcji, przepuszczalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym pełną diagnostykę RTG | **Tak/podać** |  |
| 201 | Wyposażona we wbudowane kodowane kolorem pasy zabezpieczające i co najmniej 4 uchwytami do przenoszenia oraz do z wbudowanymi uchwytami do mocowania na noszach. | **Tak/podać** |  |
| 202 | Wyposażona w wbudowany system do unieruchamiania głowy  | **Tak/podać** |  |
| 203 |  Dopuszczalne obciążenie min. 40 kg. | **Tak/podać** |  |
| 204 | Waga deski max. 4 kg | **Tak/podać** |  |
| 205 | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 206 | **Rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/podać** |  |
| 207 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 208 | Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 749-3 | **Tak/podać** |  |
| 209 | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła zasilania pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów) | **Tak/podać** |  |
| 210 | Maksymalna waga respiratora ≤ 2,5 kg | **Tak/podać** |  |
| 211 | Tryb wentylacji IPPV lub CMV | **Tak/podać** |  |
| 212 | Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej | **Tak/podać** |  |
| 213 | Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej. | **Tak/podać** |  |
| 214 | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej | **Tak/podać** |  |
| 215 | Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci- częstość oddechowa min. 8-40 cykli/min- objętość oddechowa min. 80-1300 ml | **Tak/podać** |  |
| 216 | Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta) | **Tak/podać** |  |
| 217 | Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym, przepływ maksymalny > 120 l/min. | **Tak/podać** |  |
| 218 | Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 219 | Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 220 | Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max 15cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 221 | Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu  | **Tak/podać** |  |
| 222 | Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 223 | Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator | **Tak/podać** |  |
| 224 | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego | **Tak/podać** |  |
| 225 | Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)- stałego ciśnienia w układzie pacjenta- niskiego ciśnienia gazu zasilającego | **Tak/podać** |  |
| 226 | układ oddechowy pacjenta – min 3 szt. + min 3 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u  | **Tak/podać** |  |
| 227 | Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami normy PN EN 1789 | **Tak/podać** |  |
| 228 | Przenośny zestaw tlenowy:* torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy
* butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O2 z głowicą DIN ¾‘, pojemność 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm

- reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem | **Tak/podać** |  |
| 229 | Gwarancja na respirator transportowy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 230 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 231 | Dwa darmowe przeglądy okresowe na respirator transportowy realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 232 | Serwis gwarancyjny respiratora transportowego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 233 | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY Z FUNKCJĄ TRANSMISJI DANYCH (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 234 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 235 | **Rok produkcji 2019** | **Tak/podać** |  |
| 236 | Defibrylacja dwufazowa, tryb pracy AED, tryb ręczny, z zakresem regulacji energii od 2 do min. 200 J – funkcją kardiowersji | **Tak/podać** |  |
| 237 | Przenośny, transportowy, odporny na drgania i wstrząsy; waga kompletnego defibrylatora poniżej 10kg | **Tak/podać** |  |
| 238 | Posiadający opakowanie transportowe zabezpieczające aparat przed uszkodzeniem, posiadający uchwyt pozwalającym na montaż i transport aparatu w karetce (uchwyt zgodny z normą PN EN 1789 , podać markę i model uchwytu , załączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789 ); | **Tak/podać** |  |
| 239 | Czas ładowania defibrylatora do energii maksymalnej poniżej 6 sek., gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym.  | **Tak/podać** |  |
| 240 | Regulacja parametrów defibrylacji : wybór energii, ładowanie , wyzwolenie wstrząsu - z łyżek zewnętrznych i płyty czołowej aparatu. | **Tak/podać** |  |
| 241 | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą. | **Tak/podać** |  |
| 242 | Defibrylacja dorosłych i dzieci – zintegrowane łyżki twarde dla dorosłych i dzieci w komplecie; | **Tak/podać** |  |
| 243 | Automatyczna kompensacja prądowa lub napięciowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych; | **Tak/podać** |  |
| 244 | Pełne sterowanie za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach defibrylacyjnych (wybór energii , ładowanie , wyzwolenie wstrząsu , wydruk); | **Tak/podać** |  |
| 245 | Zasilanie defibrylatora akumulatorowe. Akumulatory ładowanie z instalacji ambulansu 12V  | **Tak/podać** |  |
| 246 | Stymulacja zewnętrzna z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w komplecie kabel do stymulacji; | **Tak/podać** |  |
| 247 | Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 do 140 mA. | **Tak/podać** |  |
| 248 | częstość impulsów regulowana w zakresie co najmniej 30 do 150 imp./min. | **Tak/podać** |  |
| 249 | 3 odprowadzeniowe monitorowanie EKG – w komplecie kabel do monitorowania. | **Tak/podać** |  |
| 250 | 12 odprowadzeniowe monitorowanie EKG z funkcją analizy i transmisją przez modem GSM | **Tak/podać** |  |
| 251 | Bezpłatna nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych z 12 odprowadzeniowego zapisu EKG przez dedykowany modem do transmisji współpracujący z dowolnym operatorem sieci GSM bez karty sim operatora sieci komórkowej. / do szpitalnych systemów odbiorczych. | **Tak/podać** |  |
| 252 | Ekran kolorowy LCD zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia. | **Tak/podać** |  |
| 253 | Przekątna ekranu min 6”z możliwością wyświetlania min czterech krzywychdynamicznych jednocześnie. | **Tak/podać** |  |
| 254 | Akumulator/y bez efektu pamięci z możliwością doładowywania w aparacie bez konieczności pełnego rozładowywania, min 2 szt. | **Tak/podać** |  |
| 255 | Czas pracy na akumulatorze/ach min 4 godz. ciągłego monitorowania EKG lub min 50 defibrylacji z maksymalną energią | **Tak/podać** |  |
| 256 | Pamięć wewnętrzna min 200 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | **Tak/podać** |  |
| 257 | Zakres pomiaru częstości akcji serca min 30-300/min  | **Tak/podać** |  |
| 258 | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 2,0 cm/mV | **Tak/podać** |  |
| 259 | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | **Tak/podać** |  |
| 260 | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z wytycznymi ERC | **Tak/podać** |  |
| 261 | Kabel EKG 12-odprow. 1 szt. | **Tak/podać** |  |
| 262 | Kabel do stymulacji 1 szt | **Tak/podać** |  |
| 263 | Elektrody uniwersalne dla dorosłych i dla dzieci po min 1szt. | **Tak/podać** |  |
| 264 | Gwarancja na defibrylator min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 265 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 266 | W okresie gwarancji dwa darmowe przeglądy okresowe defibrylatora realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 267 | **KAPNOMETR****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789 + A2 (EN ISO 80601-2-55:2011) lub normy równoważnej. Załączyć do oferty, certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |  |
| 268 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 269 | **Rok produkcji 2019** | **Tak/podać** |  |
| 270 | Zakres pomiaru saturacji SpO2 : 20– 100% | **Tak/podać** |  |
| 271 | Dokładność ± 2 cyfry w zakresie 70 – 100% | **Tak/podać** |  |
| 272 | Zakres pomiaru częstości pulsu: 25– 250 ppm | **Tak/podać** |  |
| 273 | Dokładność ± 2% ± 2 bpm | **Tak/podać** |  |
| 274 | Zakres pomiaru CO2 : 0 – 75 mmHg | **Tak/podać** |  |
| 275 | Zakres pomiaru respiracji: 5 – 120 oddechów / min | **Tak/podać** |  |
| 276 | Zasilanie akumulatorowe | **Tak/podać** |  |
| 277 | Waga do 300 g  | **Tak/podać** |  |
| 278 | Możliwość ciągłego wyświetlania wartości liczbowej ETCO2  | **Tak/podać** |  |
| 279 | wyposażenie dodatkowe:* Etui
* Kpl. czujników SpO2 dla wszystkich grup wiekowych
 | **Tak/podać** |  |
| 280 | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące | **Tak/podać** |  |
| 281 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 282 | W okresie gwarancji dwa darmowe przeglądy okresowe kapnowetru realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 283 | **ZESTAW DO TRANSPORTU AMPUTOWANYCH KOŃCZYN** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 284 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 285 | Zestaw przeznaczony do zabezpieczenia i transportu amputowanych kończyn w wypadku amputacji urazowych w warunkach poza szpitalnych , umieszczony w walizce lub torbie , w skład zestawu wchodzą min. 4 pakiety dedykowane do określonych kończyn i części ciała tj palec, dłoń, ręka, noga, każdy z elementem chłodzącym. | **Tak/podać** |  |
| 286 | **SSAK AKUMULATOROWO SIECIOWY****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 287 | Podać markę i model | **Tak/podać** |  |
| 288 | Rok produkcji 2019 | **Tak/podać** |  |
| 289 | Deklaracja zgodności CE  | **Tak/podać** |  |
| 290 | Akumulatorowo-sieciowy | **Tak/podać** |  |
| 291 | Z wbudowanym akumulatorem z możliwością pracy w ambulansie i pozanim, | **Tak/podać** |  |
| 292 | Z możliwością ładowania akumulatora i pracy ssaka z zasilania 12 V ambulansu | **Tak/podać** |  |
| 293 | Słój wielorazowy o pojemności min. 1 L z możliwością stosowania wkładów jednorazowych  | **Tak/podać** |  |
| 294 | Filtr antybakteryjny  | **Tak/podać** |  |
| 295 | Zawór antyprzelewowy, | **Tak/podać** |  |
| 296 | Płynna regulacja siły ssania w zakresie do min. 800mBar (80kPa) | **Tak/podać** |  |
| 297 | Przepływ min 20 l/min., | **Tak/podać** |  |
| 298 | Wskaźnik stanu naładowania akumulatora, | **Tak/podać** |  |
| 299 | Czas pracy ciągłej akumulatora przy maksymalnym obciążeniu min. 30 minut, | **Tak/podać** |  |
| 300 | Uchwyt do montażu na ścianie ambulansu zgodny w wymogami normy PN EN 1789, posiadający funkcje zasilania ssaka i ładowania akumulatora po wpięciu urządzenia do uchwytu. (podać markę i model załączyć folder) | **Tak/podać** |  |
| 302 | Gwarancja na ssak akumulatorowy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 303 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 304 | W okresie gwarancji dwa darmowe przeglądy okresowe ssaka realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 305 | Serwis gwarancyjny ssaka realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 306 | **Materac próżniowy (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 307 | Minimalne wymiary dł. 200 cm x szer. 80 cm | **Tak/podać** |  |
| 308 | Min. 8 uchwytów transportowych | **Tak/podać** |  |
| 309 | Pompka dwukierunkowa w zestawie | **Tak/podać** |  |
| 310 | Torba transportowa | **Tak/podać** |  |
| 311 | Udźwig min. 150 kg | **Tak/podać** |  |
| 312 | **Pas miednicowy szt. 5 (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 313 | Uniwersalny rozmiar umożliwiający założenie pasa każdemu pacjentowi  | **Tak/podać** |  |
| 314 | Naciąg gwarantujący właściwy poziom ucisku i stabilizacji | **Tak/podać** |  |
| 315 | Możliwość wykorzystania przy badaniach RTG i MRI | **Tak/podać** |  |
| 316 | **Ssak ręczny(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 317 | Ssak typu pistoletowego z pojemnikiem na wydzielinę | **Tak/podać** |  |
| 318 | **Ssak nożny (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 319 | Przenośny ssak mechaniczny, ze zbiornikiem na wydzielinę |  |  |
| 320 | Możliwość obsługi nogą lub ręką |  |  |
| 321 | Konstrukcja pozwalająca na ciągłe ssanie bez strat czasu | **Tak/podać** |  |
| 322 | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DOROSŁYCH-WIELORAZOWY PRZYSTOSOWANY DO STERYLIZACJI W AUTOKLAWIE 3 szt.** |  |  |
| 323 | Dla pacjentów o masie powyżej 30 kg | **Tak/podać** |  |
| 324 | Objętość worka ok. 1500 ml | **Tak/podać** |  |
| 325 | Wyposażony w kpl. 3 masek w rozmiarach 3,4,5 przystosowanych do sterylizacji w autoklawie | **Tak/podać** |  |
| 326 | Rezerwuar tlenu- możliwość podłączenia bezpośrednio do worka bez potrzeby używania dodatkowych łączników | **Tak/podać** |  |
| 327 | Wyposażony w ciśnieniową zastawkę bezpieczeństwa  | **Tak/podać** |  |
| 328 | Wyposażony w kątową zastawkę pacjenta | **Tak/podać** |  |
| 329 | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DZIECI –WIELORAZOWY PRZYSTOSOWANY DO STERYLIZACJI W AUTOKLAWIE szt. 3** |  |  |
| 330 | Dla pacjentów o masie poniżej 8 kg | **Tak/podać** |  |
| 331 | Objętość worka ok. 280 ml | **Tak/podać** |  |
| 332 | Wyposażony w kpl. 3 masek przystosowanych do sterylizacji w autoklawie | **Tak/podać** |  |
| 333 | Rezerwuar tlenu- możliwość podłączenia bezpośrednio do worka bez potrzeby używania dodatkowych łączników | **Tak/podać** |  |
| 334 | Wyposażony w ciśnieniową zastawkę bezpieczeństwa 40 cm H2O | **Tak/podać** |  |
| 335 | Wyposażony w kątową zastawkę pacjenta | **Tak/podać** |  |
| 336 | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DZIECI -WIELORAZOWY PRZYSTOSOWANY DO STERYLIZACJI W AUTOKLAWIE szt. 3** | **Tak/podać** |  |
| 337 | Dla pacjentów o masie 8-30 KG | **Tak/podać** |  |
| 338 | Objętość worka ok. 550 ML | **Tak/podać** |  |
| 339 | Wyposażony w kpl. 3 masek w rozmiarach 1,2,3 przystosowanych do sterylizacji w autoklawie | **Tak/podać** |  |
| 340 | Rezerwuar tlenu- możliwość podłączenia bezpośrednio do worka bez potrzeby używania dodatkowych łączników | **Tak/podać** |  |
| 341 | Wyposażony w ciśnieniową zastawkę bezpieczeństwa 40 cm H2O | **Tak/podać** |  |
| 342 | Wyposażony w kątową zastawkę pacjenta | **Tak/podać** |  |
| 343 | **Zestaw do intubacji: laryngoskop + kleszcze intubacyjne szt. 2 (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 344 | Rękojeść wielorazowa z oświetleniem LED zasilana bateryjnie | **Tak/podać** |  |
| 345 | Zestaw 6 łyżek światłowodowych:* Macintosh w rozm. 1,2,3,4
* Miller 0,2
 | **Tak/podać** |  |
| 346 | Na wyposażeniu kleszczyki intubacyjne:* Dla dorosłych 1 szt.
* Dla dzieci 1 szt.
 | **Tak/podać** |  |
| 347 | **POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA- Z ZASILANIEM SIECIOWO-AKUMULATOROWYM- (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 348 | Producent | **Tak/podać** |  |
| 349 | Nazwa i typ | **Tak/podać** |  |
| 350 | Kraj pochodzenia | **Tak/podać** |  |
| 351 | Rok produkcji 2019 | **Tak/podać** |  |
| 352 | Duży kolorowy wyświetlacz | **Tak/podać** |  |
| 353 | Możliwość zamontowania strzykawek o różnych objętościach | **Tak/podać** |  |
| 354 | Automatyczne chwytanie i rozpoznawanie strzykawek | **Tak/podać** |  |
| 355 | Rozbudowany system alarmów | **Tak/podać** |  |
| 356 | Biblioteka leków | **Tak/podać** |  |
| 357 | Zasilanie akumulatorowe  | **Tak/podać** |  |
| 358 | Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu pompy (stacja dokująca) | **Tak/podać** |  |
| 359 | Gwarancja na pompę min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 360 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 361 | Dwa darmowe przeglądy okresowe pompy realizowane w siedzibie Zamawiającego  | **Tak/podać** |  |
| 362 | Serwis gwarancyjny noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem) | **Tak/podać** |  |
| 363 | **Zestaw porodowy** |  |  |
| 364 | **PLECAK REANIMACYJNY z AMPULARIUM** |  |  |
| 365 | Wymiary min. 60 cm x 50 cm x 30 cm | **Tak/podać** |  |
| 366 | Wykonany z materiału typu Cordura w kolorze czerwonym z elementami odblaskowymi w przedniej i górnej części plecaka | **Tak/podać** |  |
| 367 | Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy | **Tak/podać** |  |
| 368 | Wyposażony w min. jedną zewnętrzną kieszeń | **Tak/podać** |  |
| 369 | Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. | **Tak/podać** |  |
| 370 | Wyposażony w ampularium na min. 80 ampułek. | **Tak/podać** |  |
| 371 | **TORBO-PLECAK REANIMACYJNY**  |  |  |
| 372 | Wymiary min. 50 cm x 40 cm x 30 cm | **Tak/podać** |  |
| 373 | Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy | **Tak/podać** |  |
| 374 | Wykonany z materiału typu Cordura w kolorze czerwonym z elementami odblaskowymi w przedniej i górnej części plecaka | **Tak/podać** |  |
| 375 | Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. | **Tak/podać** |  |
| 376 | **Torba pediatryczna**  |  |  |
| 377 | **Torba na zestaw pierwszej pomocy** |  |  |
| 378 | Wymiary mini. 36x23x36 | **Tak/podać** |  |
| 379 | **Śpiwór bakteriostatyczny szt. 8** |  |  |
| 380 | Wodoodporny  | **Tak/podać** |  |
| 381 | **Zestaw Triage** |  |  |
| 382 | **Zestaw kołnierzy szt 2.** |  |  |
| 383 | **CIŚNIENIOMIERZ RĘCZNY MECHANICZNY****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 384 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 385 | Wyposażony w precyzyjny manometr , gruszkę do pompowania wyposażoną w stabilizująca łyżkę , obrotowy zawór spustowy system złącza do mankietów ciśnieniowych kompatybilny z zestawem mankietów ciśnieniomierza ściennego , z 10-letnią gwarancją na kalibrację , odporny na upadki z wysokości min 70 cm , w kpl. ze stetoskopem. | **Tak/podać** |  |
| 386 | **TERMOMETR DO POMIARU TEMPERATURY GŁĘBOKIEJ****podać markę i model****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 387 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 388 | Przeznaczony do pomiaru temperatury w uchy osoby dorosłej, dziecka i niemowlęcia , wyposażony w podgrzewana końcówkę mającą zapewnić wysoką dokładność pomiaru , duży wyświetlacz , odporność na upadek z wysokości co najmniej 75cm , zasilany bateryjnie , z funkcja automatycznego wyłączenie przy dłuższej bezczynności , z zakresem pomiaru od min 20 do 42 stopni , czas pomiaru do max 3 sekund , pomiar przy zastosowaniu jednorazowych osłonek w kpl min 100 szt. osłonek. | **Tak/podać** |  |
| 389 | **MANKIET DO CIŚNIENIOWEGO PODAWANIA PŁYNÓW****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 390 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 391 | Mankiet do szybkiej podaży płynów infuzyjnych , wyposażony w manometr z podziałka od 0-300mmHG , z możliwością umieszczenia płynów od 0,5l do 1L , z możliwością zawieszenia całego zestawu | **Tak/podać** |  |
| 392 | **LATARKA DIAGNOSTYCZNA****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 393 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 394 | **GLUKOMETR Z KOMPLETEM PASKÓW**  |  |  |
| 395 | Min. 100 szt pasków pomiarowych | **Tak/podać** |  |
| 396 | **KLESZCZYKI INTUBACYJNE MAGILLA** |  |  |
| 397 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 398 | Dla : - dorosłych – 1szt, - dzieci – 1szt, |  |  |
| 399 | **Kleszczyki naczyniowe PEAN** |  |  |
| 400 | Proste 120 mm 2 szt. | **Tak/podać** |  |
| 401 | Proste 180 mm 2 szt. | **Tak/podać** |  |
| 402 | **EKG (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 403 | Producent | **Tak/podać** |  |
| 404 | Nazwa i typ | **Tak/podać** |  |
| 405 | Kraj pochodzenia | **Tak/podać** |  |
| 406 | Rok produkcji | **Tak/podać** |  |
| 407 | Zapis w czasie rzeczywistym w trybie 3, 6 i 12 odprowadzeń EKG | **Tak/podać** |  |
| 408 | Równoczesna rejestracja 12 odprowadzeń | **Tak/podać** |  |
| 409 | Klawiatura umożliwiająca bezpośrednie sterowanie podstawowymi funkcjami aparatu | **Tak/podać** |  |
| 410 | Detekcja stymulatora serca | **Tak/podać** |  |
| 411 | Czytelny ekran graficzny min. 4,0” | **Tak/podać** |  |
| 412 | Zapis na papierze termicznym o szerokości min.80 mm | **Tak/podać** |  |
| 413 | Zapis w trybie ręcznym  | **Tak/podać** |  |
| 414 | Zapis w trybie automatycznym | **Tak/podać** |  |
| 415 | Prędkość przesuwu papieru 5 / 10 / 25 / 50mm/s | **Tak/podać** |  |
| 416 | Czułość 2,5 / 5 / 10 / 20 mm/mV | **Tak/podać** |  |
| 417 | Filtr zakłóceń sieciowych 50/60 Hz | **Tak/podać** |  |
| 418 | Filtr zakłóceń mięśniowych 25/35 Hz | **Tak/podać** |  |
| 419 | Filtr adaptacyjny ( automatyczny ) | **Tak/podać** |  |
| 420 | Filtr linii izoelektrycznej (od 0,05 do 1,5 Hz) | **Tak/podać** |  |
| 421 | Częstotliwość próbkowania 1000 Hz/kanał | **Tak/podać** |  |
| 422 | Przetwornik A/C 24 bit | **Tak/podać** |  |
| 423 | Automatyczny test aparatu | **Tak/podać** |  |
| 424 | Sygnalizacja złego kontaktu poszczególnych elektrod | **Tak/podać** |  |
| 425 | Waga max. 0,5 kg | **Tak/podać** |  |
| 426 | Zasilanie sieciowe 230V i akumulatorowe | **Tak/podać** |  |
| 427 | Wyposażenie: kabel pacjenta, elektrody kończynowe ( 4 szt.), elektrody przedsercowe przyssawkowe (6 szt.),papier termiczny min. 1 rolka, kabel zasilający, żel. | **Tak/podać** |  |
| 428 | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące | **Tak/podać** |  |
| 429 | Możliwość wykonywania napraw oraz przeglądów przez jednostkę sprzedającą | **Tak/podać** |  |

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

UWAGA:

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

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

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

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

5. Zamawiający w przypadku wątpliwości co do zaoferowanego sprzętu może wezwać Wykonawcę do dostarczenia deklaracji/certyfikatów itp. na każdym etapie postepowania.

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

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć

 osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy