

Załącznik nr 2 do SIWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**AMBULANS DO TRANSPORTU PACJENTÓW TYP A2 WRAZ ZE SPRZĘTEM MEDYCZNYM- 1 SZT. (ZGODNIE Z ROZDZ. IV SWZ)**

1. **WYMAGANE GRANICZNE WARUNKI TECHNICZNE DLA SAMOCHODU BAZOWEGO, ZABUDOWY PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO ORAZ WYPOSAŻENIA AMBULANSU**

Marka i model samochodu bazowego: .....................................................................................................................

Samochód fabrycznie nowy, rok produkcji - ……………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POJAZD BAZOWY** | | | |
| **Lp.** | **PARAMETR WYMAGANY** | **Wypełnia WYKONAWCA** | |
| **Wymagania** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| 1. **Nadwozie** | | | |
| 1. | typ furgon z izolacją dźwiękowo- termiczną. | tak |  |
| 2. | kabina kierowcy wyposażona w 3 miejsca siedzące. | tak |  |
| 3. | drzwi tylne przeszklone, skrzydłowe, otwierane na boki o min. 180°. | tak |  |
| 4. | drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą. | tak |  |
| 5. | lakier w kolorze białym | tak |  |
| 6. | centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. | tak |  |
| 7. | autoalarm | tak |  |
| **II. Silnik** | | | |
| 1. | silnik o pojemności min. 1950 cm**3** zasilany olejem napędowym | tak |  |
| 2. | z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa. | tak |  |
| 3. | moc silnika minimum 140 KM | tak |  |
| 4. | silnik spełniający wymagania normy emisji spalin minimum Euro 6. | tak |  |
| **III. Zespół przeniesienia napędu** | | | |
| 1. | skrzynia manualna min. 5 biegowa (tj. 5-biegow do przodu + bieg wsteczny). | tak |  |
| 2. | napęd na jedną oś | tak |  |
| 3. | elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny. | tak |  |
| 4. | system zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania (ASR) | tak |  |
| **IV. Zawieszenie** | | | |
| 1. | gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów, min. Ze stabilizatorem przedniej i tylnej osi. | tak |  |
| **V. Układ hamulcowy** | | | |
| 1. | system ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. | tak |  |
| 2. | ze wspomaganiem | tak |  |
| 3. | hydrauliczny system wspomagania nagłego hamowania. | tak |  |
| **VI. Układ kierowniczy** | | | |
| 1. | ze wspomaganiem, z regulacją kolumny kierowniczej w min 2 płaszczyznach | tak |  |
| **VII. Instalacja elektryczna** | | | |
| 1. | instalacja elektryczna 12 V- powinna być sporządzona w sposób zapewniający jej bezpieczne działanie zgodnie z PN EN 1789 | tak |  |
| 2. | akumulator zabezpieczający prawidłowe funkcjonowanie wszystkich odbiorników prądu w ambulansie. | tak |  |
| **VIII. Wyposażenie pojazdu** | | | |
| 1. | wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | tak |  |
| 2. | fabryczny radioodbiornik , zestaw głośnomówiący z głośnikami | tak |  |
| 3. | poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera. | tak |  |
| 4. | elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | tak |  |
| 5. | ogrzewana elektrycznie szyba przednia. | tak |  |
| 6. | klimatyzacja kabiny kierowcy. | tak |  |
| 7. | lusterka zewnętrzne regulowane i podgrzewane elektr. | tak |  |
| 8. | światła do jazdy dziennej umiejscowione w pasie przednim pojazdu | tak |  |
| 9. | światło przeciwmgielne tylne. | tak |  |
| 10. | fabryczne trzecie światło STOP | tak |  |
| 11. | dywaniki podłogowe kabiny kierowcy | tak |  |
| 12. | koła z oponami wielosezonowymi | tak |  |
| 14. | koło zapasowe pełnowymiarowe. | tak |  |
| 15. | trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik, klucz do kół. | tak |  |
| 16. | czujniki parkowania z wizualizacją odległości od przeszkody | tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SPECYFIKACJA ADAPTACJI NA AMBULANS DO TRANSPORTU PACJENTÓW TYPU A2** | | | |
| **Lp.** | **PARAMETR WYMAGANY** | **Wypełnia WYKONAWCA** | |
| **Wymagania** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| 1. **Ogrzewanie i wentylacja przedziału medycznego** | | | |
| 1. | instalacja nawiewno-wywiewna (wentylator dachowy z lampą) | tak |  |
| 2. | rozbudowa fabrycznej klimatyzacji kabiny kierowcy samochodu bazowego na przedział medyczny (w przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują zadaną temperaturę w przedziale medycznym) | tak |  |
| 3. | niezależne ogrzewanie powietrzne | tak |  |
| 1. **Instalacja elektryczna** | | | |
| 1. | Dwa gniazda 12V | tak |  |
| 2. | Jedno gniazdo prądu zmiennego 230V | tak |  |
| 1. **Sygnalizacja świetlno-dźwiękowa i oznakowanie** | | | |
| 1. | belka świetlna za światłami typu LED koloru niebieskiego umieszczona na przedniej części dachu pojazdu. | tak |  |
| 2. | niebieska lampa LED w tylnej części dachu (tzw. kogut) | tak |  |
| 3. | niebieskie światła LED montowane na tzw. grillu | tak |  |
| 4. | sygnalizacja dźwiękowa modulowana z możliwością podawania komunikatów głosem | tak |  |
| 5. | lampy świateł awaryjnych na drzwiach tylnych włączających się po ich otwarciu | tak |  |
| 6. | pas w kolorze niebieskim i czerwonym dookoła pojazdu | tak |  |
| 7. | wąż Eskulapa na bokach, z tyłu i dachu | tak |  |
| 8. | oznaczenie typu karetki na bokach i drzwiach tylnych symbolem „T” oraz nazwą Zamawiającego (tj. Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu) | tak |  |
| 9. | napis „AMBULANS” na bokach, z przodu (lustrzany) z tyłu i na dachu pojazdu | tak |  |
| 1. **Oświetlenie przedziału medycznego** | | | |
| 1. | oświetlenie rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego – 2 szt. | tak |  |
| 2. | oświetlenie punktowe, regulowane umieszczone w górnej części nad noszami – 1 szt. | tak |  |
| 1. **Przedział medyczny** | | | |
| 1. | podłoga wzmocniona, antypoślizgowa, łatwo zmywalna, połączona szczelnie z pokryciem boków zapewniająca odpływ płynów z wnętrza pojazdu | tak |  |
| 2. | ściany boczne, sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące | tak |  |
| 3. | kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego ścianką działową, wyposażoną w przesuwne okno pokryte folią półprzezroczystą | tak |  |
| 4. | jeden fotel usytuowane na ściance działowej, tyłem do kierunku jazdy, składany, wyposażone w trzypunktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa | tak |  |
| 5. | szafka na sprzęt medyczno-sanitarny zabezpieczona przed otwarciem w czasie jazdy, na ścianie lewej podwieszana przeznaczona do przechowywania sprzętu (tj. apteczka, złożone nosze płachtowe w pokrowcu, podstawowy sprzęt 1 x użytku , środek dezynfekcyjny itp.) | tak |  |
| 6. | instalacja tlenowa; 1 szt. butla tlenowa 10 l. z reduktorem , wyposażony w nawilżacz tlenowy wykonany z tworzywa sztucznego; z bezpiecznym mocowaniem uniemożliwiającym niekontrolowane przemieszczanie się podczas jazdy, z gniazdem poboru tlenu na ścianie | tak |  |
| 7. | uchwyt do mocowania kroplówki | tak |  |
| 8. | urządzenie do wybijania szyb | tak |  |
| 9. | nóż do cięcia pasów | tak |  |
| 10. | nosze płachtowe z pokrowcem | tak |  |
| 11. | dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym 1 kg. | Tak |  |
| 12. | zabezpieczenie urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem się w czasie ruchu pojazdu, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | tak |  |
| 13. | okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią pół przeźroczystą | tak |  |
| 14. | Kosz na odpady- 1 szt. | tak |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPRZĘT MEDYCZNY** | | | | | |
| **Lp.** | | **PARAMETR WYMAGANY** | | **Wypełnia Wykonawca** | | |
| **Wymagania** | | **PARAMETR OFEROWANY** |
| 1. **Nosze główne monoblokowe** | | | | | | |
| 1. | | Podać markę, model i rok produkcji min 2024, fabrycznie nowe | | tak | |  |
| 2. | | Ergonomiczna konstrukcja | | tak | |  |
| 3. | | Regulacja wysokości na 7 poziomach | | tak | |  |
| 4. | | System załadowczy z dwustopniowym mechanizmem zwalniającym | | tak | |  |
| 5. | | Blokada kół przednich zabezpieczająca nieużywane nosze przed tłoczeniem | | tak | |  |
| 6. | | System blokowania kół-koła skrętne lub zablokowane w pozycji do jazdy na wprost | | tak | |  |
| 7. | | Duże koła ułatwiające prowadzenie noszy na wszystkich rodzajach podłoża | | tak | |  |
| 8. | | Odblaskowe oznaczenia | | tak | |  |
| 9. | | Lekka, aluminiowa konstrukcja | | tak | |  |
| 10. | | Oparcia boczne składane jedną ręką | | tak | |  |
| 11. | | Pneumatyczna, bezdotykowy system podnoszenia oparcia pleców i nóg uruchamiany jedną ręką | | tak | |  |
| 12. | | Obciążenie dopuszczalne noszy maksymalnie 250 kg | | tak | |  |
| 13. | | Nosze zgodne z normą EN-1789 | | tak | |  |
| 1. **Fotel kardiologiczny** | | | | | |
| 1. | Przeznaczony do transportu pacjentów w pozycji siedzącej z domu do karetki, a także w trakcie transportu w ambulansie | | tak |  | |
| 2. | Dopuszczalne maksymalne obciążenie -250 kg. | | tak |  | |
| 3. | Najazdy aluminiowe rozsuwane teleskopowo do wprowadzenia fotela z pacjentem do pojazdu. | | tak |  | |
| **II a Platforma najazdowa składana** | | | | | |
| 1. | Umożliwia wprowadzenie fotela kardiograficznego z pacjentem do pojazdu | | tak |  | |
| **III. Krzesełko kardiologiczne ( do przenoszenia pacjentów)** | | | | | |
| 1. | | Do transportu pacjentów, wyposażone w cztery kółka transportowe: dwa tylne stałe+ dwa kółka przednie obrotowe w zakresie 360° z hamulcami | tak |  | |
| 2. | | Oparcie i siedzenie z ABS | tak |  | |
| 3. | | Podłokietniki | tak |  | |
| 4. | | teleskopowo wydłużane rączki przednie | tak |  | |
| 5. | | 2 pary rączek tylnych | tak |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymagania dodatkowe dotyczące przedmiotu zamówienia** | | | |
|  | Wykonawca jest zobowiązany przy dostawie ambulansu dostarczyć Zamawiającemu: świadectwo homologacji na pojazd jako skompletowany (dla pojazdu bazowego+ przedziału medycznego typu A2) , kartę pojazdu, gwarancje na wyposażenie i sprzęt medyczny, instrukcje obsługi w języku polskim, instrukcję obsługi i konserwacji noszy głównych i transportera noszy głównych, deklaracje zgodności CE, oraz niezbędne dokumenty do rejestracji pojazdu podpisane i opieczętowane pieczątką Wykonawcy | tak |  |
| 2. | Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny uprawniony do napraw gwarancyjnych pojazdu i wyposażenia, znajdującego się w najbliższej odległości od siedziby Zamawiającego:(należy podać adres serwisu lub załączyć wykaz)  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | tak |  |
| 3. | Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny uprawniony do napraw sprzętu medycznego, znajdujący się w najbliższej odległości od siedziby Zamawiającego:(należy wypisać lub załączyć wykaz)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| 4. | Naprawy gwarancyjne należy zgłaszać:   1. ambulans:   – adres……………………………………………….  - tel/fax……………………………………………..  -e-mail………………………………………………   1. sprzęt medyczny:   – adres……………………………………………….  - tel/fax……………………………………………..  -e-mail……………………………………………… |  |  |

**ZESTAWIENIE WARUNKOW OCENIANYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Zestawienie ocenianych parametrów-** | **Punktacja** | **Oferowany termin**  **- wypełnia WYKONAWCA** |
| 1. | Cena brutto najniższa | **60 pkt.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | Gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy | 1. *Zaoferowany okres gwarancji* ***24 miesiące*** *(minimalny wymagany****) – 0 pkt.*** 2. *Zaoferowany okres gwarancji* ***36 miesięcy***   ***– 15 pkt.***   1. *Zaoferowany okres gwarancji* ***48 miesięcy******i******więcej***   ***– 30 pkt*.** | ……………………………….  ………………………………..  ……………………………….. |
| 3. | Gwarancja na zabudowę medyczną | 1. *Zaoferowany okres gwarancji* ***24 miesiące*** *(minimalny wymagany****) – 0 pkt.*** 2. *Zaoferowany okres gwarancji* ***36 miesięcy***   ***– 15 pkt.***   1. *Zaoferowany okres gwarancji* ***48 miesięcy******i******więcej***   ***– 30 pkt*.** | ……………………………….  ………………………………..  ……………………………….. |

**Wymagania dodatkowe**

**UWAGA: uzupełniony załącznik nr 2 należy dołączyć do formularza oferty. Nie spełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, skutkować będzie odrzuceniem oferty.**

…………………………………… dnia………………….2024r. ***………………………………………………***

***(****miejscowość) (podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

*Dokument należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania.*