**Załącznik nr 2**

**do zapytania nr TZPiZI-ZO.264/10/D/21**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE: ZAKUP AMBULANSÓW TYPU C LUB B – 4 szt.**

**Przedmiotem zamówienia jest zakup 4 ambulansów sanitarnych typu C lub B na potrzeby ratownictwa medycznego.**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C lub B – 4 sztuki****Pojazd kompletny: Marka ………………………….………. Typ ………………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…..………………….****Rok produkcji – 2021** **Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego: ...................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):……………………………………………………………………………………………………………………****Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…****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 do max. 3,5 t.
 | **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. Zamawiający wymaga radiotelefonu typu Motorola DM 4601E VHF lub równoważny, w kabinie kierowcy do radiotelefonu wyprowadzona antena zakończona wtykiem typu BNC wraz z przewodem zasilania 12V (zakończonym wtykiem kompatybilnym do w/wym. radiotelefonu).

Instalacja elektryczno-antenowa  SWD PRM. Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz z adapterami oraz uchwytami do zamontowania tabletu oraz drukarki pod system SWD PRM. (UWAGA: drukarka nie stanowi przedmiotu oferty). W kabinie kierowcy, zamontowana stacja dokująca do tabletu z zasilaczem stacja dokująca zamontowana w sposób zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera w miejscu łatwo dostępnym, nieutrudniającym korzystania z przełączników zamontowanych na desce rozdzielczej, nie utrudniającym widoczności kierowcy przez szybę przednią, nie kolidującym z poduszkami powietrznymi (wymagane badanie wytrzymałościowe oferowanego rozwiązania, wykonane przez jednostkę notyfikowaną – do wglądu na wezwanie Zamawiającego). Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM zakończona wtykami umożliwiającymi podłączenie do stacji dokującej. Przygotowanie instalacji elektryczno-antenowej pozwalającej na łatwe wpinanie/wypinanie modułu GPS użytkowanego w SWD PRM. Stacja dokująca połączona z drukarką za pomocą dwóch przewodów USB (USB A- USB B, USB A- USB mini) lub kabla USB z przejściówką. | **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 oraz trzyosobowego zespołu specjalistycznego/podstawowego PRM.
 | **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. Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania się ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe.
 | **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 jako fabryczne wyposażenie pojazdu.
 | **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. **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 manualna synchronizowana.
 | **TAK** |  |
| 1. Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Napęd na koła przednie, tylne, dopuszczamy napęd 4 x 4.
 | **TAK****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. Lampa pojedyncza koloru niebieskiego typu LED zamontowana w tylnej części dachu pojazdu wraz z 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.
 | **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 zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego ((Dz. U. z 2019 r. poz. 2487):

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 „S” lub „P” (do uzgodnienia) – 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/ wzór graficzny systemu z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm, 6/ nazwa (kod) ZRM po obu stronach pojazdu **W03 XXX**, barwy czerwonej o wymiarach wysokość – 13 cm, szerokość – 10 cm, grubość liter – 3,5 cm (numery do uzgodnienia),**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).
 | **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,e) jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni umieszczony u wezgłowia noszy, mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców, f) fotel u wezgłowia noszy wyposażony w funkcję przesuwu przód/tył bez konieczności użycia narzędzi, funkcja ta ma być dostępna zarówno z pozycji siedzącej jak i stojącej za pomocą przycisku zwalniającego mechanizm przesuwu znajdującego się na fotelu i na ścianie działowej **/parametr niewymagany lecz punktowany/ Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt**g) przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem 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) jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3-punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,c) uchwyt na 2 szt. butli tlenowych o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at każda (bez butli) wraz z 2 szt. reduktorów z szybkozłączem AGA i przepływomierzem do min. 25l/min,d) uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,e) przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokachi 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. Miejsce mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej o masie do 15 kg wraz z zasilaniem 12V. W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania przebadany na zgodność z normą PN-EN 1789 lub normą równoważną (na wezwanie Zamawiającego tzw. ATEST 10G).
 | **TAK** |  |
| 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. Centralna instalacja próżniowa:

a) z jednym gniazdem poboru,b) regulatorem siły ssania,c) słojem na wydzielinę 1l,d) przewodem do odsysania o długości min. 1,5 m zakończonym łącznikiem do cewników. | **TAK****podać** |  |
| 1. Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 cm, umożliwiającym wjazd noszy na lawetę w sposób automatyczny tj. bez ingerencji personelu w załadunek i rozładunek noszy w ambulansie (podać markę i model). Zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety nie może odbywać się za pomocą linki.
 | **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. W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowany uchwyt do drukarki używanej w SWD PRM wraz z doprowadzonym zasilaniem z dodatkowym gniazdem 12V (wymagane badanie wytrzymałościowe oferowanego rozwiązania, wykonane przez jednostkę notyfikowaną – do wglądu na wezwanie Zamawiającego).

Drukarka zamontowana w sposób umożliwiający jej łatwy demontaż oraz nie utrudniająca pracy na blacie roboczym. Dodatkowo drukarka winna być zabezpieczona przed ewentualnym zabrudzeniem/zalaniem. (wymagane badanie wytrzymałościowe oferowanego rozwiązania, wykonane przez jednostkę notyfikowaną – do wglądu na wezwanie Zamawiającego). | **TAK** |  |
| 1. Sposób montażu uchwytów do drukarki oraz stacji dokującej tabletu mają umożliwiać ich prawidłowe użytkownie w trakcie jazdy ambulansu czyli możliwość pracy na w/wym. urządzeniach przez obsługę ambulansu (nie może być utrudniony dostęp, urządzenie nie mogą być zasłonięte itd.)
 | **TAK****podać** |  |
| 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. Wykonawca zamontuje w ambulansach w siedzibie Zamawiającego posiadane  wyposażenia medyczne wymagane, zgodne z wymogami NFZ.
 | **TAK** |  |
| 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 – rok produkcji 2021**

|  |
| --- |
| **Nosze główne – 4 szt.****Marka ……………………………………………….…… Model ………………………………………………………….……..** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.
 | **TAK** |  |
| 1. Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni.
 | **TAK** |  |
| Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, ułożenie na wznak. | **TAK** |  |
| Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. Z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży do transportu dzieci o wadze do 40 kg – podać model  | **TAK****podać** |  |
| Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą.  | **TAK** |  |
| Ze składanymi poręczami bocznymi, z chowanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | **TAK** |  |
| Z możliwością montażu składanego statywu do kroplówki z mocowaniem min. dwóch toreb/butelek z płynami infuzyjnymi. | **TAK** |  |
| Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy. | **TAK** |  |
|  Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału z którego wykonane są nosze). | **TAK****podać** |  |
|  Wyposażone w cienki nie sprężynujący materac z tworzywa sztucznego nie przyjmujący krwi, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; materac wyposażony w odpinany podgłówek. | **TAK** |  |
| Wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy.  | **TAK** |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg). | **TAK****podać** |  |
| Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 lub normy równoważnej (podać wagę noszy w kg). | **TAK****podać** |   |
| Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną protokół/raport z badań wytrzymałościowych zgodnie z PN 1789 pkt 4.5.9 oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć też Certyfikat Zgodności wystawiony przez notyfikowaną jednostkę badawczą, potwierdzający spełnianie Polskiej Normy PN EN 1789 (lub normy równoważnej) i Polską Normą PN EN 1865-1 (lub normy równoważnej). | **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 telefonicznego 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). | **TAK****podać** |  |
| **Transporter do noszy głównych – 4 szt.****Marka …………………………………………………… Model …………………………………………….…………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu.
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami.
 | **TAK** |   |
| 1. Regulacja wysokości w minimum sześciu poziomach.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Z blokadą zabezpieczającą przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w sytuacji przypadkowego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie.
 | **TAK** |  |
| 1. Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera) na min. 3 poziomach pochylenia.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wszystkie kółka jezdne o średnicy minimum 125 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach i na otwartych przestrzeniach, podać średnicę kółek w mm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Minimum dwa kółka wyposażone w hamulce, transporter wyposażony w system rozpraszający elektryczne ładunki statyczne zapewniający uziemienie zestawu transportowego.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 (lub równoważnej).
 | **TAK** |  |
| 1. Transporter wyposażony w system automatycznego zwolnienia blokady podwozia (tzn. nie wymagający żadnych dodatkowych czynności) umożliwiający wjazd do karetki, gdy kółka najazdowe opierają się na lawecie, a zwolniony jest mechanizm składający podwozie tzw. automatyczna blokada uniemożliwiająca złożenie podwozia w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na lawecie, a zwolniony jest mechanizm składający podwozie.- **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK / NIE****podać** |  |
| 1. Transporter wyposażony w blokadę zabezpieczającą przed jego wyjazdem z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i braku zablokowania podwozia.
 | **TAK** |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga zestawu transportowego max 51 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 lub normy równoważnej (podać wagę transportera w kg).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Transporter musi posiadać trwale oznakowane, najlepiej graficznie, elementy związane z jego obsługą.
 | **TAK** |  |
| 1. Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego niekorodującego materiału.
 | **TAK** |  |
| 1. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną protokół/raport z badań wytrzymałościowych zgodnie z PN 1789 pkt 4.5.9 oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć też Certyfikat Zgodności wystawiony przez notyfikowaną jednostkę badawczą, potwierdzający spełnianie Polskiej Normy PN EN 1789 (lub normy równoważnej) i Polską Normą PN EN 1865-1 (lub normy równoważnej).
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem automatycznego składania/rozkładnia podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków czy zwalniania dźwigni blokad itp. **/ parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/ NIE****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** |  |
| **Nosze podbierakowe – 4 szt.****Marka ………………………………………………………. Model ………………………………………………………………………………** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Z wielostopniową regulacją długości noszy w zakresie min. od 167 cm do 200 cm z możliwością złożenia noszy do transportu w połowie długości.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Z możliwością rozdzielenia na dwie niezależne połówki.
 | **TAK** |  |
| 1. Konstrukcja łopat noszy wykonana z tworzywa sztucznego lub aluminium.
 | **TAK** |  |
| 1. Konstrukcja zamków łączących łopaty wyposażona w tzw. podwójną zapadką zabezpieczającą przed niekontrolowanym rozdzieleniem noszy przez obsługę.
 | **TAK** |  |
| 1. Min. 3 pasy o regulowanej długości zabezpieczające pacjenta, mocowane bezpośrednio do noszy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga max. 10 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 8. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 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** |  |
| **Deska ortopedyczna z pasami i unieruchomieniem głowy – 4 szt.****Marka ……………………………………………….….. Model ………………………………………………….……………………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Nosze typu deska ortopedyczna, wykonana z wysokoodpornego tworzywa sztucznego.
 | **TAK** |   |
| 1. Przenikliwa dla promieni X.
 | **TAK** |  |
| 1. Pasy zabezpieczające kodowane kolorem, mocowane obrotowo, wyposażone w metalowe klamry i metalowe duże karabińczyki obrotowe na końcach pasów – min. 4 sztuki w komplecie.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Mocowanie pasów po min. 5 miejsc mocowania na dłuższej stronie deski.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Co najmniej 14 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski.
 | **TAK****podać** |   |
| 1. Zestaw klocków do unieruchamiania głowy i kręgosłupa szyjnego, z możliwością zmiany punktu mocowania pasków mocujących, z możliwością obserwacji uszu poszkodowanego, z co najmniej dwoma pasami dodatkowymi do mocowania głowy (podbródkowy i czołowy). Całe mocowanie pokryte tworzywem wodoodpornym, unieruchomienie głowy wielokrotnego użytku.
 | **TAK** |  |
| 1. Waga deski do 8,0 kg, obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Odległość otworów deski od podłoża minimum 4 cm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Szerokość deski minimum 41cm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Długość deski minimum 183 cm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zwężenie końca dystalnego deski.
 | **TAK** |  |
| 1. Dodatnia pływalność deski.
 | **TAK** |  |
| 13. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 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 do napraw warsztatowych na koszt serwisu.
 | **TAK** |  |
| **Krzesełko transportowe – 4 szt.****Marka ………………………………………………..…… Model …………………………………………………….……………..** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem w trakcie transportu, wykonane z niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyposażone w system trakcyjny gąsiennicowy z wbudowanym hamulcem obciążeniowym działającym na zasadzie im cięższy pacjent tym krzesło jedzie wolniej, umożliwiające zjazd po schodach, szeroki rozstaw gąsienic min. 30 cm zwiększający stabilność w trakcie manewrowania.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Ze składanym podnóżkiem o wymiarach min. długość 30 cm, szerokość

min. 15 cm. | **TAK****podać** |  |
| 1. Z kompletem 3 pasów bezpieczeństwa o regulowanej długości.
 | **TAK** |  |
| 1. Siedzisko i oparcie wykonane z tworzywa sztucznego, umożliwiający szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji bez konieczności używania jakichkolwiek narzędzi.
 | **TAK** |  |
| 1. 4 kółka jezdne z czego dwa przednie o średnicy min. 10 cm skrętne w zakresie 360 stopni, 2 tylne o średnicy min. 15 cm wyposażone w hamulce.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Teleskopowo wydłużane rączki przednie z regulacją długości (min. 4 zakresy ), tylna rama z regulacją długości na min. 4 poziomach, składane rączki tylne do znoszenia po schodach.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Waga do 15 kg, zgodne z aktualną normą PN EN 1865-4 lub równoważną.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne powyżej 220 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Możliwość szybkiego odłączenia/podłączenia systemu trakcyjnego do zjazdu po schodach bez konieczności użycia narzędzi. - **/** **parametr niewymagany, lecz punktowany / Tak – 5 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/ NIE****podać** |  |
| 11. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 12. 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** |  |
| 13. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| 14.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** |  |
| **Ssak z własnym akumulatorem – 4 szt.****Marka ……………………………………………………… Model ………………………………………………………..……………** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Zasilanie zewnętrzne: prądem stałym, prądem zmiennym.
 | **TAK** |  |
| 1. Ładowarka akumulatora lub uchwyt ścienny z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik wielokrotnego użytku o pojemność min. 1 l na wkłady jednorazowe.
 | **TAK****podać** |   |
| 1. Regulacja podciśnienia min. 0-500 mmHg. lub od 0 do 80 kPa
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wydajność regulowana w zakresie do min 20L/min
 | **TAK****podać** |   |
| 1. Układ odcinający przy przepełnieniu.
 | **TAK** |  |
| 1. Filtr bakteryjny.
 | **TAK** |  |
| 1. Wskaźnik naładowania akumulatora.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik jednorazowy min. 2 sztuki (wkład do słoja).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Filtr do ssaka min 2 sztuki.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wąż ssący minimum 120 cm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Łącznik do węża ssania min. 2 sztuki.
 | **TAK****podać** |  |
| 13. 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) potwierdzone 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** |  |
| **Materac próżniowy – 4 szt.****Marka …………………………………………..……. Model ……………………………………………………….**  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Materac próżniowy z dodatkową podłogą, pompką i pokrowcem
 | **TAK** |  |
| **Płachta ratownicza – 4 szt.** **Marka …………………………………………………. Model …………………………………………..………….**  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| Płachta ewakuacyjna przeznaczona do transportu i ewakuacji osób w pozycji leżącej, w ciasnych, wąskich przestrzeniach, wykonana z wytrzymałego, łatwo zmywalnego tworzywa, nie przyjmującego krwi, brudu ani materiałów ropopochodnych, wyposażona w min. 8 uchwytów transportowych umieszczonych w obrysie płachty, udźwig powyżej 200 kg, wyposażona w specjalne zakładki z przodu i tyłu, zabezpieczające przed przesuwaniem się pacjenta w trakcie transportu w pochyłym terenie lub na desce ortopedycznej, szerokość min. 100 cm długość płachty min. 200 cm (podać wymiary). | **TAK****podać** |  |
| Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 3. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| 4. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **TAK** |  |
| **Deska pediatryczna – 4 szt.** **Marka ……………………………………………….…. Model …………………………………………………………..…….**  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Deska ortopedyczna pediatryczna do bezpiecznego transportu dziecka i stabilizacji kręgosłupa wyposażona w pasy zabezpieczające, kodowane kolorem, wbudowany lub dodatkowy klockowy system do unieruchomienia głowy, z uchwytami do przenoszenia oraz z uchwytami do mocowania na noszach , pokrycie deski wykonane z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego, nienasiąkliwe , dla dzieci w wieku do 10 lat o wadze do min. 40 kg, prześwietlalna dla promieni X, w pokrowcu ochronnym transportowym łatwo zmywalnym.
 | **TAK****podać** |  |
| 2. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 3. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **TAK** |  |
| 4. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **TAK** |  |
| **Defibrylator przenośny z rejestratorem rytmu i danych pacjenta oraz funkcją transmisji danych – 4 szt.****Marka ……………………………………….……….. Model ………………………………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Defibrylacja dwufazowa, tryb pracy AED, tryb ręczny, z zakresem regulacji energii od min. 2 do min. 200 J, z funkcją kardiowersji.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Przenośny, transportowy, odporny na drgania i wstrząsy.
 | **TAK** |  |
| 1. Posiadający opakowanie transportowe zabezpieczające aparat przed uszkodzeniem, posiadający uchwyt pozwalającym na montaż i transport aparatu w karetce z funkcją zasilania defibrylatora i ładowania akumulatora po wpięciu aparatu do uchwytu (uchwyt zgodny z aktualną normą PN EN 1789 + A 2 lub równoważną.
 | **TAK** |  |
| 1. Czas ładowania defibrylatora do energii maksymalnej poniżej 7 sek., gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Regulacja parametrów defibrylacji: wybór energii, ładowanie , wyzwolenie wstrząsu, wydruk.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Aparat odporny na kurz i zalanie wodą. Klasa ochrony min. IP45.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Defibrylacja dorosłych i dzieci – w kpl elektrody dla dorosłych min 1 szt. i min. 1 szt. elektrod pediatrycznych.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Automatyczna kompensacja prądowa lub napięciowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek zewnętrznych lub/i elektrod samoprzylepnych.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zasilanie defibrylatora akumulatorowe. Akumulatory ładowane z instalacji ambulansu 12V poprzez uchwyt karetkowy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Stymulacja zewnętrzna z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w komplecie kabel do stymulacji.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Prąd stymulacji regulowany w zakresie co najmniej 10 do 140 mA.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Częstość impulsów regulowana w zakresie co najmniej 30 do 150 imp./min.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. 12 odprowadzeniowe monitorowanie EKG z funkcją analizy i transmisją przez modem GSM.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu,w kpl. czujnik klips palcowy dla dorosłych.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Możliwość nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (NIBP)u pacjentów, pomiary ręczne i automatyczne w określonych odstępach czasu. W kpl. mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: dla dorosłych min. 3 szt. w tym udowy i długi , dla dzieci min. 2szt.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wbudowany moduł monitorowania etCO2 u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, możliwość pomiaru respiracji, możliwość pomiaru częstości oddechowej.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów przez dedykowany modem za pomocą systemu transmisji typu ZOLL RescueNet MedGate lub równoważny.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Ekran kolorowy LCD zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia.
 | **TAK** |  |
| 1. Przekątna ekranu min 6” z możliwością wyświetlania min. czterech krzywych dynamicznych jednocześnie.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300/min.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 2,0 cm/mV
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Funkcja monitorowania jakości prowadzonego RKO przez ratowników z informacją zwrotną, tzn. możliwość monitorowania prawidłowej głębokości uciśnięć klatki piersiowej, częstości uciśnięć klatki piersiowej z wyświetlaną rzeczywistą ilością uciśnięć, ze wskaźnikiem zalecanej głębokości zgodnie z wytycznymi ERC, ze wskaźnikiem perfuzji.
 | **TAK** |  |
| **Respirator transportowy – 4 szt.****Marka …………………………………..………. Model …………………………………………………..………….**  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami aktualnej normy PN-EN 794-3 lub równoważnej.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła np. zasilanie pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów pod warunkiem iż brak jego zasilania nie ma wpływu na pracę zasadniczą respiratora).
 | **TAK** |  |
| 1. Maksymalna waga respiratora ≤ 3 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Tryb wentylacji IPPV lub CMV.
 | **TAK** |  |
| 1. Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej.
 | **TAK** |  |
| 1. Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci

- częstość oddechowa regulowana w zakresie min. 8-40 cykli/min- objętość oddechowa regulowana w zakresie min. 70-1500 ml. | **TAK****podać** |  |
| 1. 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** |  |
| 1. Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cm H2O.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max. 15 cm H2O.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu.
 | **TAK** |  |
| 1. Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator.
 | **TAK** |  |
| 1. Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego.
 | **TAK** |  |
| 1. 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** |  |
| 1. Układ oddechowy pacjenta – min 5 szt. + min 6 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 + A 2 lub równoważnej.
 | **TAK** |  |
| 1. Dodatkowy zestaw ciśnieniowy do manualnej wentylacji noworodków.
 | **TAK** |  |
| 1. 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 o poj. 2,7 l z reduktorem ciśnienia z manometrem i z przepływomierzem.
 | **TAK** |  |
| **Tablet SWD PRM wraz z mocowaniem DURABOOK – 4 szt.** **Marka ……………………………………………….…. Model ………………………………………………………………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Tablet SWD PRM wraz z mocowaniem DURABOOK.
 | **TAK** |  |
|  **Pompa infuzyjna – 4 szt.** **Marka …………………………………..………………. Model ………………………………………………….……………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Przeznaczona do pracy w ambulansie zasilana za pomocą akumulatora i z sieci 230 V i 12V, przystosowana do pracy z różnymi strzykawkami, w kpl. stacja dokująca uchwyt karetkowy z funkcją ładowania akumulatora i zasilania pompy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| 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** |  |
|  **Kamizelka ortopedyczna – 4 szt.** **Marka …………………………………………………. Model ………………………………………………..……………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Pokryta wytrzymałym, odpornym na przetarcia tworzywem sztucznym, wykonana z materiału zmywalnego przystosowana do dezynfekcji, nienasiąkliwa, nieprzyjmująca krwi i brudu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażona we wbudowane uchwyty transportowe i komplet pasów zabezpieczających kodowanych kolorem.
 | **TAK** |  |
| 1. Poduszkę wypełniającą krzywizny ciała, paski stabilizujące głowę min. 2 szt., pokrowiec ochronny, prześwietlalna dla promieni X stopniu diagnostycznym umożliwiającym diagnostykę RTG.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne powyżej 220 kg, waga kamizelki do 4 kg.
 | **TAK****podać** |  |
|  **Plecak ratowniczy z ampularium na 80 ampulek – 4 szt.** **Marka …………………………………………………. Model ………………………………………………..……………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Wykonany z Cordury w kolorze czerwonym
 | **TAK** |  |

|  |
| --- |
|  **Koc wielorazowy bakteriostatyczny – 4 szt.** **Marka …………………………………………………. Model ………………………………………………..……………….** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| Koc wielorazowy, bakteriostatyczny, do prania w pralce  | **TAK** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena netto (w zł)** **za 1 ambulans** | **Wartość****netto (w zł)** **za całość zamówienia**(kol. 3 x 4) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT (w zł)** | **Wartość****brutto (w zł)****za całość zamówienia** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 1. | Zakup 4 ambulansów typu C lub B | 4 szt. | …….……….. | ………………. | 8 % | ………………. | ………………..……………. |
| 23 % | ……………….. |

Zastosowane będą parametry techniczne opisane powyżej. Maksimum do uzyskania: 20% (20 punktów).

………………………………………………………

Miejscowość, data

 …………………………………………..

 Pieczątka/-ki\* i podpis/-y\* osoby/osób

umocowanej/-ych\* prawnie