**Nr postępowania: 36/D/23**

Załącznik nr 2A do SWZ

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**WRAZ PARAMETRAMI PUNKTOWANYMI**

**PAKIET NR 1****Dostawa** **karetki sanitarnej typu „B” wraz z wyposażeniem medycznym (karetka S) – 1 sztuka   
(CPV:** **34114121-3, 33192160-1, 33100000-1)**

**Pojazd kompletny:**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji pojazdu nie wcześniej niż 2023r., fabrycznie nowy (podać): …………………………………………………………………

Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego: ……………………………………………………………………………………………………..

Numer i data wydania świadectwa homologacji (podać): …………………………………………………………………………………………..

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny):**

Marka/typ/Oznaczenie handlowe: ……………………………………………………………………………………………………………………..……

Rok produkcji pojazdu nie wcześniej niż 2023r., fabrycznie nowy (podać): ……………………………………………………………….

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego: …………………………………………………………………………………………….

Numer i data wydania świadectwa homologacji (podać): ………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry/warunki dla samochodu bazowego** | **Warunek graniczny** | **Wpisać**  **TAK/NIE**  **Nie spełnienie parametru powoduje odrzucenie oferty.** |
|  | Ambulans ratunkowy typu B przystosowany do transportu maksymalnie jednego pacjenta na noszach oraz trzy osobowego zespołu specjalistycznego/podstawowego ratownictwa medycznego (może być wykorzystywany jako ambulans typu S lub P zgodnie z wytycznymi NFZ) Ambulans ma spełniać wymagania aktualnej normy PN/EN 1789 w zakresie ambulansu typu C lub norm równoważnych. | TAK |  |
| **I.** | **NADWOZIE** |  |  |
| 1. | Typu „furgon podwyższony ”, do 3,5 t dopuszczalnej masy całkowitej, bez ściany działowej pomiędzy kabiną kierowcy a przestrzenią ładunkową przeznaczoną do adaptacji na przedział medyczny | TAK |  |
| 2. | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy ,fotele regulowane z podłokietnikami | TAK |  |
| 3. | Drzwi tylne wysokie , przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250º, o wysokości minimum 1,75 m | TAK |  |
| 4. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym | TAK |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | TAK |  |
| 5. | Kolor nadwozia żółty | TAK |  |
| 6. | Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. | TAK |  |
| 7. | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka | TAK |  |
| **II.** | **SILNIK** |  | **-** |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych |  |  |
| 2. | Moc silnika minimum 170 KM , moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm |  |  |
| 3. | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisji  spalin, |  |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  |  |
| 1. | Skrzynia biegów manualna lub automatyczna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym |  |  |
| 2. | Napęd przedni lub tylny |  |  |
| 3. | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny |  |  |
| 4. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania |  |  |
| **IV.** | **ZAWIESZENIE** |  |  |
| 1. | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów |  |  |
| **V.** | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |  |
| 1. | System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. |  |  |
| 2. | System wspomagania nagłego hamowania. |  |  |
| 3. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) |  |  |
| 4. | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę” |  |  |
| **VI.** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  |  |
| 1. | Ze wspomaganiem. |  |  |
| 2. | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach tj. góra – dół, przód - tył |  |  |
| **VII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| 1. | Zespół dwóch akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu – jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału pacjenta – połączone tak aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V . Dodatkowy przycisk umożliwiający spięcie akumulatorów. |  |  |
| 2. | Fabrycznie wzmocniony alternator o wydajności min. 250 A |  |  |
| **VIII.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| 1. | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. |  |  |
| 2. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. |  |  |
| 3. | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (min. dwa rodzaje). |  |  |
| 4. | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. |  |  |
| 5. | Klimatyzacja półautomatyczna lub automatyczna kabiny kierowcy. |  |  |
| 6. | Lusterka zewnętrzne, regulowane, składane i podgrzewane elektrycznie |  |  |
| 7. | Lusterko wewnętrzne. |  |  |
| 8. | Reflektory główne typu led |  |  |
| 9. | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie |  |  |
| 10. | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi |  |  |
| 11. | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. |  |  |
| 12. | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża |  |  |
| 13. | Pełnowymiarowe koło zapasowe zainstalowane pod autem lub zestaw naprawczy |  |  |
| 14. | Czujniki ciśnienia w kołach |  |  |
| 15. | Radioodbiornik |  |  |
| **IX** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1. | Pojazd fabrycznie nowy – min. 2023 |  |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące bez limitu kilometrów – na pojazd bazowy |  |  |
| 3. | Gwarancja min. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru na perforację nadwozia ambulansu. |  |  |
| 4. | **Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:**   1. wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego( po zabudowie) 2. instrukcję obsługi pojazdu 3. książkę obsługi pojazdu bazowego 4. dokumenty do rejestracji |  |  |
|  | **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** | **Warunek graniczny** | **Wpisać**  **TAK/NIE**  **Nie spełnienie parametru powoduje odrzucenie oferty.** |
| **I.** | **NADWOZIE** |  |  |
| 1. | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 3200 x 1700 x 1800 |  |  |
| 2. | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. |  |  |
| 3. | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. |  |  |
| 4. | Schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej ( różnych modeli) dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). |  |  |
| 5. | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową |  |  |
| 6. | Miejsce wraz z mocowaniem urządzenia do kompresji klatki piersiowej w zewnętrznym schowku |  |  |
| 7. | Miejsce wraz z mocowaniem 2 kasków ochronnych |  |  |
| **X.** | **OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** |  |  |
| 1. | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu, |  |  |
| 2. | Postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 1.8 kW zasilany z sieci 230 V |  |  |
| 3. | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju |  |  |
| 4. | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,0 kW tzw. powietrzne. Ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury termostatem takie, aby przy temperaturach zewnętrznych – 100 C i niższych, ogrzanie wnętrza do temperatury co najmniej + 50 C nie powinno trwać dłużej niż 15 minut. Po upływie 30 minut w przedziale pacjenta temperatura powinna wynosić co najmniej 22ºC (proszę podać markę i model urządzenia), |  |  |
| 5. | Klimatyzacja dwu parownikowa z niezależną regulacją nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego.  (Zamawiający dopuszcza by fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy pojazdu bazowego była rozbudowana na przedział medyczny na etapie adaptacji na ambulans). |  |  |
| **XI.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| 1. | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:  1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V   1. minimum cztery gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V), + gniazdo 230V na ścianie działowej 2. kabel zasilający o długości min. 10m, 3. automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V (podać markę i model oraz parametry techniczne), 4. grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu.   **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)** |  |  |
| 2. | 1.Instalacja dla napięcia 12V przedziału  medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V   zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem  2.Oświetlenie przedziału medycznego:  - światło rozproszone realizowane przez lampy typu LED umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego zapewniające spełnienie wymogu oświetlenia obszaru pacjenta min. 300lx, a obszar otaczający min. 50lx;  - minimum 3 punkty ze światłem skupionym, dwa nad noszami oraz jedno nad blatem roboczym |  |  |
| 3. | Przedział medyczny ma być wyposażony w zamontowany na ścianie panel sterujący:   1. informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu 2. z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) 3. informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu 4. sterujący oświetleniem przedziału medycznego 5. sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego 6. zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury .   Panel przyciskowy nie typu touch screen. |  |  |
| 4. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:   1. sterujący oświetleniem zewnętrznym( światła robocze) 2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączenia ambulansu do sieci 230 V 3. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy 4. informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego 5. ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o nie doładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego   Panel przyciskowy nie typu touch screen. |  |  |
| **XII.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO –DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |  |
| 1. | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlany napis „ambulans” |  |  |
| 2. | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED |  |  |
| 3. | W tylnej części dachu pojazdu pojedyncza lampa typu kogut |  |  |
| 4. | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami. |  |  |
| 5. | Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej – podać markę i model. |  |  |
| 6. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu |  |  |
| 7. | Oznakowanie pojazdu:  - 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii:  a) typu 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli  b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm umieszczony wokół dachu  c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”)  - z przodu i z tyłu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r  - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.  - po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej **„S” lub „P” ( do uzgodnienia po podpisaniu umowy)**  - nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu |  |  |
| 8. | Dodatkowe migacze, typu LED, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia |  |  |
| **XIII.** | **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** |  |  |
| 1. | Bez instalacji do radiotelefonu oraz systemu SWD PRM. |  |  |
| **XIV.** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  |  |
| 1. | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian ,umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy |  |  |
| 2. | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |  |
| 3. | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy , wyposażony w bezwładnościowy, trzypunktowy pas bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) |  |  |
| 4. | U wezgłowia noszy jeden fotel obrotowy , wyposażony w bezwładnościowy, trzypunktowy pas bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) z funkcją przesuwu. |  |  |
| 5. | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz swobodną komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne (wymiary przejścia mierzone w świetle: wysokość min. 165 cm, szerokość min. 40 cm . |  |  |
| 6. | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):  - zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. szyny Kramera, torba opatrunkowa i inne,  - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.).  - na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym, kosz na śmieci, uchwyty do mocowania rękawiczek 3 szt. |  |  |
| 7. | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:  - szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną (wysokość blatu roboczego 100 cm ± 10 cm – podać wartość oferowaną  - min. dwie szuflady  - kosz |  |  |
| 8. | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 2 szt. pojemników. |  |  |
| 9. | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej |  |  |
| 10. | Na lewej ścianie przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu. Zamocowane 2 poziome szyny min. 4 uniwersalne płyty mocującej – płyty w ukompletowaniu , do których można niezależnie mocować: uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej. Płyty mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji.  Uwaga – Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego.  Na jednym z adapterów uchwyt kątowy do pompy infuzyjnej |  |  |
| 11. | Fotele w przedziale medycznym wyposażone w czujniki zapięcia pasów informujące kierowcę wizualnie i/lub dźwiękowo o tym że na fotelu w przedziale medycznym siedzi osoba i ma niezapięty pas bezpieczeństwa. |  |  |
| 12. | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen z 2 szt. butli 10l.  - minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego (min. 2 na ścianie lewej)  - dodatkowy uchwyt na dwie małe butle przenośne.  - dwie butle tlenowe 10 l + 2 reduktory |  |  |
| 13. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min 20 cm, możliwość pochyłu o min 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej) z wysuwem na zewnątrz pojazdu |  |  |
| 14. | Termobox |  |  |
| 15. | Bez lodówki, szyberdachu oraz centralnej instalacji próżniowej. |  |  |
| **XV.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. |  |  |
| 2. | Reflektory zewnętrzne po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 za każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.  Reflektory typu LED. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 15-30 km/h. |  |  |
| 3. | Kamera cofania |  |  |
| 4. | Lampka typu kokpit dla pasażera w kabinie kierowcy |  |  |
| 5. | Ampularium |  |  |
| 6. | Tablica do pisania |  |  |
| 7. | Intercom |  |  |
| 8. | Głośnik w przedziale medycznym podłączony do radia |  |  |
| 9. | Szperacz bezprzewodowy zainstalowany w kabinie kierowcy + szperacz na przewodzie |  |  |
| 10. | Pokrowce na siedzenia w kabinie kierowcy |  |  |
| 11. | Cztery koła zimowe (opona, felga, czujnik ciśnienia) |  |  |
| **XVI.** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1. | Karta gwarancyjna zabudowy przedziału medycznego |  |  |
| 2. | Gwarancja na samochód bazowy – min. 24 miesiące  Gwarancja na powłokę lakierniczą – min. 24 miesiące  Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące  Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące  Gwarancja na perforację nadwozia – min. 60 miesięcy |  |  |
| 3. | Zamawiający dopuszcza dostawę na kołach |  |  |
| 4. | Za okresowe przeglądy eksploatacyjne samochodu bazowego.  **Uwaga!** Nie należy wliczać pakietów serwisowych w ofertę.  **Wliczyć w ofertę przeglądy adaptacji medycznej w siedzibie Zamawiającego.** |  |  |

**Kryterium pozacenowe odnoszące się do przedmiotu zamówienia**

**Oferowany przedmiot zamówienia będzie posiadał:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Parametry punktowane | Punktacja\* |
| 1. | Silnik o mocy powyżej 170KM, maksymalny moment obrotowy powyżej 400Nm | □TAK - 5pkt.  □NIE – 0 pkt. |
| 2. | System doświetlania zakrętów realizowany przez fabryczny układ samochodu bazowego i objęty gwarancją samochodu bazowego (montowany w fabryce pojazdu bazowego) | □TAK – 5 pkt.  □NIE – 0 pkt. |
| 3. | Poduszki powietrzne w kabinie kierowcy nadokienne (kurtynowe) | □TAK - 5 pkt.  □NIE – 0 pkt |
| 4. | Dodatkowe szuflady pod półkami sufitowymi na lewej ścianie umożliwiające przechowywanie drobnego sprzętu medycznego | □TAK - 5 pkt.  □NIE – 0 pkt. |
| 5. | Elektrycznie ogrzewana szyba przednia (nie standardowy nadmuch ciepłego powietrza) + Ogrzewanie pomocnicze elektryczne, zależne od silnika, współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury w kabinie kierowcy | □TAK - 5 pkt.  □NIE – 0 pkt. |
| 6. | System przesuwu fotela u wezgłowia noszy System przesuwu niewymagający od Użytkownika używania narzędzi do przesuwu fotela tzn. możliwość przesuwania fotela analogiczna (podobna funkcjonalnie) jak w fotelu kierowcy. Zwolnienie mechanizmu przesuwu zarówno przy fotelu jak i na ścianie działowej (przy drzwiach przesuwnych) | □TAK - 5 pkt.  □NIE – 0 pkt. |
| 7. | Z systemem składanego podwozia, automatycznie składanymi goleniami przednimi i manualnie składanymi goleniami tylnymi bez konieczności wciskania jakichkolwiek przycisków czy zwalniania dźwigni oraz funkcją podtrzymania całego ciężaru pacjenta przez goleń tylną pozwalający na bezpieczne wprowadzanie/wyprowadzanie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę Umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z karetki | □TAK - 5 pkt.  □NIE – 0 pkt. |

\* należy zaznaczyć poprzez wstawienie symbolu „X” lub „V” w odpowiednie pole oznaczone □

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nosze główne** | **Transporter noszy głównych** |
| **Producent:** |  |  |
| **Oferowany model:** |  |  |
| **Rok produkcji aparatu: min. 2022 lub nowszy** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry** | **Warunek graniczny**  **Konieczny do spełnienia** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **NOSZE GŁÓWNE** |  |  |
|  | Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | TAK |  |
|  | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK |  |
|  | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami min. 90 stopni. | TAK (podać) |  |
|  | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak. | TAK |  |
|  | Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | TAK |  |
|  | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą. | TAK |  |
|  | Ze składanymi poręczami bocznymi, z rączkami do przenoszenia, ze składanym wieszakiem do kroplówki | 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 materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi. | TAK |  |
|  | Z cienkim niesprężynującym materacem - 1 szt. z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | TAK |  |
|  | Waga oferowanych noszy max. 23 kg. zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PNEN 1865, podać wagę noszy. | TAK (podać ) |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 240 kg. (podać obciążenie dopuszczalne w kg.) | TAK (podać) |  |
|  | Przegląd „0” i pierwszy roczny w cenie oferty wraz z kosztami dojazdu. | TAK |  |
|  | Zestaw transportowy składający się z noszy głównych, transportera wielopoziomowego oraz mocowania - ma być zgodny w pełni z wymogami aktualnych zharmonizowanych norm PN-EN 1865-1+A1:2015 i PN-EN 1789:2021, poświadczony odpowiednim dokumentami tj. certyfikatem zgodności wystawionym przez niezależną jednostkę notyfikującą zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej.  **Na wezwanie Zamawiającego**: dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualna normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ),  - instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie. | TAK  TAK |  |
|  | Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce | TAK (podać) |  |
| **II.** | **TRANSPORTER NOSZY GŁOWNYCH** |  |  |
|  | Z systemem składanego podwozia, automatycznie składanymi goleniami przednimi i manualnie składanymi goleniami tylnymi bez konieczności wciskania jakichkolwiek przycisków czy zwalniania dźwigni oraz funkcją podtrzymania całego ciężaru pacjenta przez goleń tylną pozwalający na bezpieczne wprowadzanie/wyprowadzanie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę Umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z karetki | TAK |  |
|  | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | TAK |  |
|  | Podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym opadnięciem w dół po zwolnieniu dźwigni odblokowującej golenie | TAK |  |
|  | Regulację wysokości w min. sześciu poziomach | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia) | TAK |  |
|  | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm. min.2 kółka jezdne skrętne w nogach noszy zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, kółka umożliwiają jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach) (podać średnicę kółek w mm.) | TAK (podać) |  |
|  | Min. dwa kółka wyposażone w hamulec | TAK |  |
|  | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789 | TAK |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne transportera min. 250 kg.(podać dopuszczalne obciążenie w kg.) | TAK |  |
|  | Waga transportera max. 28 kg, zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg.) | TAK (podać) |  |
|  | Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | TAK |  |
|  | Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi | TAK |  |
|  | Przegląd „0” i pierwszy roczny w cenie oferty wraz z kosztami dojazdu. | TAK |  |
|  | Zestaw transportowy składający się z noszy głównych, transportera wielopoziomowego oraz mocowania - ma być zgodny w pełni z wymogami aktualnych zharmonizowanych norm PN-EN 1865-1+A1:2015 i PN-EN 1789:2021, poświadczony odpowiednim dokumentami tj. certyfikatem zgodności wystawionym przez niezależną jednostkę notyfikującą zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej.  **Na wezwanie Zamawiającego** : dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualną normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ),  - instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie. | TAK |  |
|  | Wymagany okres gwarancji min 24 m-ce | TAK (podać) |  |
| 16. | Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny na 10g ambulansu , zgodnie z wymaganiami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789  **Na wezwanie Zamawiającego - dokument uwierzytelniający.** | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Defibrylator z kardiowersją, AED, stymulacją** |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Defibrylator transportowy do ambulansu ze stymulacją, kardiowersją, AED, EKG, SpO2, NIBP** | | | |
| **Lp.** | **Opis parametru, funkcji** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Modułowy defibrylator transportowy, wyposażony w uchwyt do przenoszenia. Możliwość rozbudowy defibrylatora poprzez zastosowanie wymiennych modułów. | TAK |  |
| 2. | Defibrylator przeznaczony do defibrylacji dorosłych i dzieci. | TAK |  |
| 3. | Funkcja samoczynnego testowania urządzenia wraz z wskaźnikiem czy urządzenie może być użyte. Możliwość zapisania wyniku autotestu w pamięci urządzenia. | TAK |  |
| 4. | Odporność na ingerencję ciał stałych i cieczy: min. IP55 | TAK (podać) |  |
| 5. | Defibrylator spełnia normę odporności na wibracje w transporcie helikopterem MIL-STD-810E | TAK (podać) |  |
| 6. | Defibrylator spełnia wymogi normy określającej odporność na uderzenia IEC- 60068-2-27: 2008 | TAK (podać) |  |
| 7. | Defibrylator odporny na upadek z wysokości min. 1m | TAK |  |
| 8. | Minimalny zakres temperatur pracy defibrylatora: -5 do 45°C | TAK (podać) |  |
| 9. | Funkcja śledzenia i drukowania badania 12-odprowadzeniowego EKG | TAK |  |
| 10. | SpO2: pomiar saturacji w zakresie 70% - 100% | TAK |  |
|  | **Ekran** | – | – |
| 1. | Minimum 4 sekundy EKG i wartości alfanumeryczne, polecenia i komunikaty | TAK |  |
| 2. | Zaimplementowany tryb włączenia wysokiego kontrastu wyświetlacza | TAK |  |
| 3. | Możliwość wyświetlenia jednoczasowo 12 krzywych dynamicznych | TAK (podać) |  |
| 4. | Możliwość jednoczasowego wyświetlenia wszystkich powiadomień, alarmów technicznych, alarmów pacjenta. Oddzielne alarmy techniczne (dziękowe i wizualne) i alarmy pacjenta (inny dźwięk i kolor alarmu) | TAK |  |
|  | **Zasilanie** | – | – |
| 1. | Możliwość zasilania defibrylatora z 230 VAC/50 Hz ±10% lub z 12V DC | TAK |  |
| 2. | Wbudowane zasilanie akumulatorowe | TAK |  |
| 3. | Automatyczne ładowanie akumulatora przy włożeniu defibrylatora do uchwytu karetkowego | TAK |  |
| 5. | Akumulator zapewniający min. 100 wyładowań z energią maksymalną | TAK |  |
| 6. | Akumulator zapewniający min. 20 wyładowań z energią maksymalną przy temperaturze 0°C. | TAK |  |
| 7. | Akumulator zapewniający min. 200 minut stymulacji przezskórnej przy ustawieniu najwyższej wartości prądu stymulacji i najwyższej częstotliwości stymulacji defibrylatora. (podać nastawy) | TAK |  |
| 8. | Monitorowanie przy pracy z zasilaniem akumulatorowym - minimum 240 minut | TAK (podać) |  |
| 9. | Wskaźnik naładowania i komunikat rozładowania akumulatora. Pozostały czas pracy na akumulatorze widoczny na ekranie defibrylatora. | TAK |  |
|  | **Defibrylacja** | – | – |
| 1. | Defibrylacja dwufazowa | TAK |  |
| 2. | Technologia zapewniająca stałą szerokość impulsu defibrylacji niezależnie od impedancji | TAK |  |
| 3. | Defibrylacja ręczna | TAK |  |
| 4. | Defibrylacja synchroniczna umożliwiająca przeprowadzenie kardiowersji | TAK |  |
| 5. | Defibrylacja półautomatyczna, AED | TAK |  |
| 6. | Zakres wyboru energii w J min. 2 – 200 J | TAK (podać) |  |
| 7. | Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 10 | TAK (podać) |  |
| 8. | Łyżki twarde do defibrylacji dla pacjentów pediatrycznych zintegrowane z łyżkami dla dorosłych, w komplecie elektrody jednorazowe terapeutyczne uniwersalne (dla dzieci i dorosłych). | TAK |  |
| 9. | Wyzwalanie defibrylacji z łyżek defibrylacyjnych lub przyciskiem na twardych łyżkach defibrylacyjnych | TAK |  |
| 10. | Czas ładowania do energii maksymalnej: do 7 sekund | TAK (podać) |  |
|  | **Stymulacja przezskórna** | – | – |
| 11. | Tryb stymulacji stałej | TAK |  |
| 12. | Tryb stymulacji "na żądanie" | TAK |  |
| 13. | Regulacja częstotliwość stymulacji w zakresie min. 30 – 180 imp./min. | TAK |  |
| 14. | Regulacja natężenia prądu stymulacji w zakresie min. 10 – 140 mA | TAK |  |
|  | **INNE** |  |  |
| 15. | Mocowanie do ambulansu:   * Odporne na przeciążenia o wartości 10G * Zgodnie z normą DIN EN 1789:2020 lub równoważną | TAK |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Respirator transportowy** | | | |
| **Producent:** | |  | | | |
| **Oferowany model:** | |  | | | |
| **Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy** | |  | | | |
| **–** | **Respirator transportowy** | | **–** | **–** |
| **Lp.** | **Opis parametru, funkcji** | | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
| – | **Parametry techniczne** | | – | – |
|  | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie pneumatyczne - z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu w zakresie 280-600 kPa | | TAK |  |
|  | Temperatura pracy w zakresie -10 oC do +50oC | | TAK (podać) |  |
|  | Klasa odporności na wnikanie ciał stałych / cieczy IP54 | | TAK |  |
|  | Waga modułu respiratora 2,4 kg | | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przez przypadkową zmianą ustawień respiratora | | TAK |  |
| – | **Parametry kliniczne** | | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w środowisku rezonansu magnetycznego (MRI) o indukcji 3 Tesla | | TAK |  |
|  | Tryb wentylacji IPPV/ CMV | | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznej blokady cyklu wentylacji IPPV/ CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej | | – | – |
|  | Objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji IPPV/ CMV 425 ml (przy częstości oddechowej 12 odd./min.) | | TAK |  |
|  | 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 |  |
|  | Zintegrowana zastawka PEEP, zakres regulacji 0-20 cmH2O | | – | – |
|  | Tryb CPAP - zintegrowany przepływomierz, zakres regulacji przepływu 0,5-35 l/min. | | TAK |  |
|  | 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i 50% | | TAK (podać) |  |
| – | **Parametry regulowane** | | TAK |  |
|  | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej/ objętości oddechowej | | – | – |
|  | Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci: | | TAK |  |
|  | częstość oddechowa 8-40 cykli/min | | TAK |  |
|  | objętość oddechowa 70-1500 ml | | TAK |  |
|  | Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O | |  |  |
|  | Zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa regulowana w zakresie 20-60 cmH2O | | TAK |  |
|  | Fluorescencyjny manometr ciśnienia w układzie pacjenta | | TAK |  |
|  | Zasilany bateryjnie moduł alarmowy, alarm optyczny i dźwiękowy: | | TAK |  |
|  | wysokiego ciśnienia szczytowego w układzie pacjenta | | TAK |  |
|  | niskiego ciśnienia, rozłączenia obwodu oddechowego | | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego | | TAK |  |
| – | **Akcesoria** | | – | – |
|  | Przenośny zestaw tlenowy: | | TAK |  |
|  | 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 | | TAK |  |
|  | butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O2 z głowicą DIN ¾‘, pojemność 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm | | TAK |  |
|  | 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 |  |
|  | Obwody oddechowe jednorazowego użytku, 20 szt. w zestawie | | TAK |  |
|  | Atesty i Certyfikaty | | TAK |  |
|  | Dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | | TAK |  |
| – | **Serwis** | | – | – |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski | | TAK |  |
| – | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** | | – | – |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK |  |
|  |  | | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ssak próżniowy** |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| – | **Ssak próżniowy** | – | – |
| **Lp.** | **Opis parametru, funkcji** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
| – | **Wymagania ogólne ssaka** | – | – |
| 1. | Zasilanie bateryjne 12V, z możliwością podłączenia do sieci 230V | TAK |  |
| 2. | Zakres regulacji 0 – 800 mbar | TAK (podać) |  |
| 3. | Zbiornik min 1 lub 2-litrowy, nietłukący (z poliwęglanu) z pokrywą z zabezpieczeniem przed przelaniem | TAK (podać) |  |
| 4. | Uchwyt zbiornika 1 lub 2-litrowego | TAK |  |
| 5. | Szybkość zasysania powietrza: min 15l / min | TAK (podać) |  |
| 6. | Regulator siły ssania | TAK |  |
| 7. | Filtr antybakteryjny | TAK |  |
| 8. | Podstawowe mocowanie do ambulansu | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pompa infuzyjna wraz z uchwytem mocującym** |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **–** | **Pompa infuzyjna wraz z uchwytem mocującym** |  |  |
| **Lp.** | **Opis parametru, funkcji** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
| – | **Wymagania ogólne pompy** | – | – |
| 1. | Jednostrzykawkowa, przeznaczona do precyzyjnego dozowania leków i płynów infuzyjnych | TAK |  |
| 2. | Zasilanie akumulatorowe oraz sieciowe 230V i 12V w karetce, w komplecie ze wszystkimi akcesoriami do zasilania, czas pracy z akumulatorem min 6h przy przepływie 5ml/h, automatyczne rozpoznawanie strzykawki, funkcja bolus umożliwiająca szybkie i wielokrotne podawanie pacjentowi dawki uderzeniowej o precyzyjnie ustawionej objętości w dowolnie wybranym momencie infuzji w trybie ręcznym i automatycznym, programowany próg ciśnienia okluzji. | TAK (podać) |  |
| 4. | Możliwość zmiany progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji, historia infuzji wraz z biblioteką leków, strzykawka montowana od czoła pompy, rampa pompy nie może wysuwać się poza obudowę pompy, dźwiękowe i optyczne sygnalizowanie sytuacji wymagających interwencji personelu. | TAK (podać) |  |
| 5. | Duży czytelny wyświetlacz | TAK |  |
| 6. | Jeden podwójny uchwyt do bezpiecznego montażu i transportu pompy w ambulansie posiadający funkcję zasilania pompy i ładowania akumulatora po wpięciu urządzenia do uchwytu. Uchwyt przebadany w teście zderzeniowym. | TAK |  |
| 7. | W komplecie: 1 sztuka pompy infuzyjnej, 1 sztuka stacji dokującej | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym** |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **–** | **Krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym** |  |  |
| **Lp.** | **Opis parametru, funkcji** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z wysokiej wytrzymałości materiału odpornego na korozję | TAK |  |
| 2. | Wyposażone w system płozowy/gąsienicowy do transportu pacjenta po schodach | TAK |  |
| 3. | Siedzisko i oparcie mocowane fabrycznie na stałe z materiału o wysokiej odporności na ścieranie, pęknięcia, zmywalne i umożliwiającą dezynfekcję | TAK |  |
| 4. | 4 koła w tym 2 skrętne | TAK |  |
| 5. | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie | TAK |  |
| 6. | Wysuwane rączki przednie | TAK |  |
| 7. | Dodatkowe rączki tylne | TAK |  |
| 8. | Pasy bezpieczeństwa | TAK |  |
| 9. | podpórka pod stopy pacjenta | TAK |  |

**Niniejszy plik powinien zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę(osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentacji wykonawcy**