|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do SWZ ...................................., dnia ......................OFERTA**I. Dane Wykonawcy:**1. Pełna nazwa: ………………………………………………………………………………………

**2.** Adres: ……………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………1. REGON i NIP: ……………………………………………………………………………………...

**4.** Województwo: ……………………………………………………………………………………… 1. Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………
2. Adres e-mail (na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję): ……………….…………………
3. Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy i podpisująca ofertę (imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji): …………………………..………………………………………………………
4. Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko): ………………

………………………………………………………………………..…………………………………. |
| **II. Przedmiot oferty:****Oferta złożona**  **w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego,** **ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁEKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce** **w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego****prowadzonym w trybie podstawowym****na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych****na realizację zadania pod nazwą:****Zakup 2 sztuk fabrycznie nowych pojazdów specjalnych- ambulansów drogowych typu C wraz z wyposażeniem oraz zabudową przedziału medycznego DLA SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS W OSTROŁĘCE****[Nr postępowania: SPRiTS.T.262.2.1.2024]** |

**III. Cena oferty dla przedmiotu zamówienia**

Cena oferty stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, zgodnie z SWZ i Opisem przedmiotu zamówienia

|  |
| --- |
| **ZAKUP DWÓCH POJAZDÓW SPECJALNYCH - AMBULANSÓW DROGOWYCH TYPU C WRAZ Z WYPOSAŻENIEM** |
| **Cena netto za 1 ambulans** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Cena brutto za 1 ambulans** | **Cena brutto za 2 ambulanse** |
| **….……… PLN** | **… %** | **….…… PLN** | **…………….…… PLN** | **…………….…… PLN** |
| **Cena netto za wyposażenie 1 ambulansu** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Cena brutto za wyposażenie 1 ambulansu** | **Cena brutto za wyposażenie 2 ambulansów** |
| **….……… PLN** | **… %** | **….…… PLN** | **…………….…… PLN** | **…………….…… PLN** |
| **Wartość brutto dla całości zamówienia w PLN** | **Termin realizacji** |
| **…………….……… PLN** | **………. dni** |

**IV. Oświadczenia**

Wykonawca składając ofertę oświadcza, że:

1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy.
2. Cena podana powyżej jest niezmienna (z wyjątkiem okoliczności przewidzianych w projektowanych postanowieniach umowy, bądź w przypadkach, o których mowa w SWZ) w okresie realizacji przedmiotu zamówienia i obejmuje wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w związku z realizacją przedmiotowego zamówienia. Wynagrodzenie będzie płatne stosownie do postanowień wzoru umowy, w terminach i sposób przewidziany w tym wzorze.
3. Zapoznał się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia wraz z załączonymi do niej dokumentami. Przyjmujemy przekazane dokumenty bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami w nich zawartymi. Dane zawarte w ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Zapoznał się z projektowanymi postanowieniami umowy załączonymi do dokumentacji postępowania i akceptuje je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuje się, w przypadku wyboru jego Oferty, do zawarcia umowy wg załączonego wzoru umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Rozdziale VII SWZ.
6. Firma, którą reprezentuję, w rozumieniu przepisów art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 221) jest:
* mikroprzedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR),
* małym przedsiębiorstwem (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR),
* średnim przedsiębiorstwem (przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR),
* żadne z powyższych.

***należy postawić „X” przy właściwym kwadracie***

1. Oświadczamy, że niniejsze zamówienie powierzymypodwykonawcom / nie powierzymy podwykonawcom (niepotrzebne skreślić)

Powierzymy następujący zakres prac........ podwykonawcom (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG i zakres):

1. …………..........................................................................................................................………………………
2. …………..........................................................................................................................………………………
3. Oferta zawiera na stronach od …….. do ……. informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233 ). Informacje te zawarte są i zabezpieczone stosownie do opisu znajdującego się w SWZ. Poniżej przedstawiam stosowne uzasadnienie zastrzeżenia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa:

stanowią one:

- informacje techniczne przedsiębiorstwa i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności: ……............................................................................…………….……………………..

- informacje technologiczne przedsiębiorstwa i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności: ………………………………………………..………...........................……….…..

- informacje organizacyjne przedsiębiorstwa i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności: ………………………………………………………………………….........………..

- inne informacje posiadające wartość gospodarczą i w stosunku do nich podjęto następujące niezbędne działania w celu zachowania ich poufności: ……………………………………………………………….….......…..

Jednocześnie o oświadczam(y), że ww. informacje nie zostały ujawnione do wiadomości publicznej.

1. Oświadczam/my, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., str. 1).

W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**V. Spis treści**

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1. ...................................................................................................................................................................
2. ...................................................................................................................................................................
3. ...................................................................................................................................................................

**Uwaga:** Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z innymi dokumentami określonymi w SWZ.

Zamawiający zaleca, aby podpis złożony był na podpisywanym dokumencie PDF (podpis wewnętrzny) – taki sposób podpisu umożliwia szybką i prawidłową weryfikację.

**FORMULARZ CENOWY**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C – 2 sztuki****Pojazd kompletny: Marka ………………………….………. Typ ………………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….…..………………….……….…….****Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:.....................................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):……………………………………………………………………………………………………………………………..……****Rok produkcji pojazdu kompletnego (pojazd bazowy): min. 2023 (podać):……………………………………………………****Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….……….…….….****Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:.............................................................................................................................................................................****Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):…………………………………………………………………………………………………………………..…………….…****Rok produkcji pojazdu skompletowanego: min. 2023 (podać):……………………………………………………** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej.****podać, opisać, TAK/NIE** |
| * 1. DMC do 3,5 tony.
 | **TAK** |  |
| * 1. Dostawa przedmiotu zamówienia na lawecie do miejsca wskazanego przez Zamawiającego. Zamawiający dopuszcza dostawy częściowe.
 | **TAK** |  |
| 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 z tworzywa sztucznego w kolorze białym.
 | **TAK** |  |
| 1. Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne), z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Półki nad przednią szybą.
 | **TAK** |  |
| 1. Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca ergonomiczne miejsce pracy kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Oświetlenie pomocnicze.
 | **TAK** |  |
| 1. Fotel kierowcy z podłokietnikami, z regulacją w 3 płaszczyznach oraz z elektryczną regulacją podparcia odcinka lędźwiowego.
 | **TAK** |  |
| 1. Fotel pasażera z podłokietnikami, z regulacją w 3 płaszczyznach.
 | **TAK** |  |
| 1. W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni).
 | **TAK** |  |
| 1. Furgon - lakier w kolorze żółtym (CMYK 10,0,90,0).
 | **TAK** |  |
| 1. Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wysokość przedziału medycznego minimum 1,80 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Długość przedziału medycznego minimum 3,25 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Szerokość przedziału medycznego minimum 1,70 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą.
 | **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 o wysokości minimum 1,70 m.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka), z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu.
 | **TAK** |  |
| 1. 21. Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby.
 | **TAK** |  |
| 1. 22. Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:

- miejsce mocowania 2 szt. butli tlenowych 10 litrowe (wraz z butlami), 2 szt. reduktorów do butli z szybkozłączem typu AGA - mocowanie krzesełka kardiologicznego,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych, - mocowanie materaca próżniowego,- miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę. | **TAK** |  |
| 1. Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, boczne poduszki powietrzne chroniące głowę kierowcy i pasażera.
 | **TAK** |  |
| 1. Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem.
 | **TAK** |  |
| 1. Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, z powierzchnią antypoślizgową.
 | **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. Mocowanie dostarczonego przez Zamawiającego systemu SWD w kabinie kierowcy. Po stronie Wykonawcy dostarczenie stacji dokującej oraz modułu GPS.
 | **TAK** |  |
| 1. Przednie lampy pojazdu bazowego (dzienne, mijania, drogowe) halogenowe lub LED.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Przednie reflektory przeciwmgielne.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik paliwa o pojemności minimum 75 l.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wskaźnik systemu kontroli ciśnienia w oponach.
 | **TAK** |  |
| 1. Radioodtwarzacz fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego, z głośnikami w kabinie kierowcy i w przedziale medycznym, zasilany z 12V z anteną dachową.
 | **TAK** |  |
| 1. Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel dotykowy przekątna min. 5 cali sterujący oświetleniem zewnętrznym (światła robocze) oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową. Sterowanie klimatyzacją oraz ogrzewaniem przedziału medycznego.

Na panelu ma być wyświetlana informacja o stanie naładowania akumulatorów. | **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 minimum 1950 cm³.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Silnik o mocy 170 KM.
 | **TAK** |  |
| 1. Silnik o mocy powyżej 175 KM. **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 20 pkt, Nie – 0 pkt.**
 | **TAK/NIE****podać** |  |
| 1. Moment obrotowy min. 380 Nm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Norma emisji spalin aktualnie obowiązująca w Europie.
 | **TAK** |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| 1. 42. Skrzynia biegów manualna synchronizowana.
 | **TAK** |  |
| 1. 43. Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. 44. Napęd na koła przednie lub oś tylną.
 | **TAK** |  |
| 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****podać** |  |
| 1. Elektroniczny korektor siły hamowania.
 | **TAK** |  |
| 1. Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania.
 | **TAK** |  |
| 1. Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane.
 | **TAK** |  |
| 1. System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu.
 | **TAK** |  |
| 1. System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu, typu ASR lub równoważny.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu, spowodowanymi nagłymi podmuchami bocznego wiatru, wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy.
 | **TAK** |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| 1. Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie oraz tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni prześwit i komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej i opisać oferowane rozwiązanie).
 | **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. 55. Ze wspomaganiem.
 | **TAK** |  |
| 1. 56. Kolumna kierownicy regulowana w 2 płaszczyznach.
 | **TAK** |  |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA**
 |
| 1. Grzałka elektryczna w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V.
 | **TAK** |  |
| 1. Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W.
 | **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. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego.
 | **TAK** |  |
| 1. Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę.
 | **TAK** |  |
| 1. Rozprowadzenie powietrza w przedziale medycznym na całej długości sufitu przez min. 6 wylotów chłodnego powietrza dwa w przednie, dwa w środkowej i dwa w tylnej części w celu równomiernego jego rozprowadzenia **/parametr punktowany/ Tak – 20 pkt, Inne rozwiązanie – 0 pkt.** Rozwiązanie przebadane na zgodność z normą 1789 (lub normą równoważną) - dostarczyć przy dostawie przedmiotu zamówienia dokument potwierdzający wymagania.
 | **TAK****podać****rozwiązanie** |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| 1. Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 180 A.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V), sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich.
 | **TAK** |  |
| 1. 68. Instalacja elektryczna 230V:

a) zasilanie zewnętrzne 230V,b) minimum 4 gniazda 230V w przedziale medycznym, c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym,d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe,e) przewód zasilający minimum 10 m. | **TAK****podać** |  |
| 1. Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V.
 | **TAK** |  |
| 1. 70. Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:

- minimum 4 gniazda 12V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A) do podłączenia urządzeń medycznych,- gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | **TAK****podać** |  |
| 1. Termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych, wyposażony we wskaźnik temperatury.
 | **TAK** |  |
| 1. 72. System sterujący i nadzorujący instalację elektryczną zabudowy pojazdu wyposażony w:

- wyświetlacz dotykowy o przekątnej ekranu min. 7 cali, przystosowany do pracy w niskich temperaturach, umieszczony w przedziale medycznym,- dodatkowy dotykowy wyświetlacz w kabinie kierowcy o przekątnej min 5 cali zamontowany w centralnej części deski rozdzielczej - funkcję włączania/wyłączania oświetlenia wewnętrznego (rozproszonego i punktowego) w przedziale medycznym,- funkcję włączania/wyłączania oświetlenia zewnętrznego wraz z sygnalizacją działania,- funkcję zegara z prezentacją aktualnej daty i godziny,- funkcję termometru z prezentacją aktualnej temperatury wewnątrz i na zewnątrz pojazdu,- funkcję obrazującą otwarcie/niedomknięcie drzwi przesuwnych oraz drzwi tylnych,- funkcję wyświetlania stanu naładowania akumulatorów wraz z sygnalizacją graficzną i dźwiękową stanu alarmowego,- zabezpieczenie zapobiegające uszkodzeniu akumulatorów poprzez nadmierne rozładowanie,- funkcję sterowania ogrzewaniem oraz klimatyzacją przedziału medycznego z możliwością regulacji temperatury co 1 stopień Celsjusza w zakresie od 15 do 26 stopni,- funkcję sterowania wentylatorem,- funkcję sterowania termoboxem,- funkcję zaprogramowania uruchomienia ogrzewania o określonej porze,- funkcję monitorowania prawidłowości działania odbiorników elektrycznych wchodzących w skład zabudowy pojazdu.(podać markę) | **TAK****podać** |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| 1. Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami  w technologii LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych.
 | **TAK** |  |
| 1. Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem, umieszczona w tylnej części dachu  pojazdu, z modułami LED koloru niebieskiego,  dodatkowe światła w technologii LED (robocze) do oświetlania przedpola za ambulansem oraz światła kierunkowskazów.
 | **TAK** |  |
| 1. Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się automatycznie po otwarciu drzwi.
 | **TAK** |  |
| 1. Dodatkowe sygnały pneumatyczne.
 | **TAK** |  |
| 1. Dwie lampy w technologii LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego.
 | **TAK** |  |
| 1. Cztery reflektory zewnętrzne w technologii LED po bokach pojazdu w tylnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, po dwa każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy, jak i z przedziału medycznego, włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę.
 | **TAK** |  |
| 1. 80. Oznakowanie pojazdu zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 03.01.2023 r:
2. wzór graficzny systemu z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm;
3. nadruk lustrzany "AMBULANS" barwy czerwonej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;
4. po obu bokach i z tyłu 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;
5. 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia wykonane z folii:

- typu 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolami,- typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm umieszczony wokół dachu,- typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pierwszym tirecie);e) nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu;f) naklejki/oznaczenia informujące o zakupie – zgodnie ze wzorem podanym przez Zamawiającego.Przed wykonaniem oklejenia wymagane jest przedstawienie projektu do akceptacji Zamawiającego. | **TAK****podać** |  |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO**
 |
| 1. 81. Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:
2. światło rozproszone w technologii LED, umieszczone po obu stronach w górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcją ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),
3. dodatkowa lampa w technologii LED umieszczona w przedniej części przedziału medycznego, załączana automatycznie po otwarciu drzwi, z wyłącznikiem czasowym dezaktywującym działanie lampy po 15 minutach w przypadku pozostawienia niedomkniętych drzwi przesuwnych do przedziału medycznego,
4. oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone w suficie nad noszami (min. 2 szt.),
5. oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone nad blatem roboczym.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI**
 |
| 1. Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu.
 | **TAK** |  |
|  82.1 Zamontowany fabrycznie nowy radiotelefon zgodny z systemem MOTOTRBO | **TAK** |  |
| 1. Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu.
 | **TAK** |  |
| 1. Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF do radiotelefonu o parametrach:
2. zakres częstotliwości 168-170 Mhz,
3. impedancja wejścia 50 Ohm,
4. współczynnik fali stojącej 1,6,
5. charakterystyka promieniowania dookólna.
 | **TAK** |  |
| 84.1 Stacja dokująca z zasilaczem do tabletu systemu SWDPRM | **TAK** |  |
| 84.2 Wyprowadzona instalacja z antenami GPS i GSM do podłączenia modułu GPS | **TAK** |  |
| 84.3 Interkom umożliwiający łączność przedziału medycznego z kabiną kierowcy | **TAK** |  |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE**
 |
| 1. Przedział medyczny (pomieszczenie dla pacjenta) powinien pomieścić urządzenia wyszczególnione poniżej.
 | **TAK** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie działowej:

a) szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w szuflady,b) mocowanie do pojemnika na zużyte igły, c) mocowanie (podstawa) do drukarki HP Officejet 100 Mobile Printer funkcjonującej w ramach systemu SWD PRM, zamontowanej w przedziale medycznym, na ścianie grodziowej pomiędzy przedziałem medycznym, a przedziałem kierowcy, zapewniające bezpośredni i łatwy dostęp do drukarki oraz możliwość pobierana drukowanych dokumentów bez konieczności demontowania urządzenia z podstawy,d) dwa gniazda zasilające ( jedno 12V w formie gniazda zapalniczki samochodowej, drugie 230v) drukarki HP Officejet 100 Mobile Printer funkcjonującej w ramach systemu SWD PRM, zamontowanej w przedziale medycznym, na ścianie grodziowej pomiędzy przedziałem medycznym, a przedziałem kierowcy.e) miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz, jak i z wewnątrz przedziału medycznego,f) jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni 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. | **TAK****podać** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie prawej:

a) minimum dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, b) jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy z możliwością obserwacji twarzy pacjenta jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3–punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,c) uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,d) przy drzwiach tylnych zamontowany panel lub włączniki sterujące oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu | **TAK****podać** |  |
| 1. Szafka na wyposażenie medyczne i wyposażona w schowek z zamontowaną lodówką.
 | **TAK** |  |
| 1. Zabudowa specjalna na ścianie lewej:

a) minimum cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, dodatkowa szafka zamykana na klucz,b) na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego, c) szafa z pojemnikami do uporządkowanego transportu i segregacji leków. | **TAK****podać** |  |
| 1. System szyn mocujących, umożliwiający bezpieczny montaż za pomocą płyt ściennych (różnej wielkości) urządzeń medycznych (tj. defibrylator, ssak, pompa infuzyjna).
 | **TAK** |  |
| 1. Uchwyt do kroplówki na minimum 3 szt. mocowane w suficie.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia.
 | **TAK** |  |
| 1. uchwyt na 2 szt. butli tlenowych o min. Pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at każda wraz z 2 szt. reduktorów z szybkozłączem AGA i przepływomierzem do min 25l/ min,
2. panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA,
3. sufitowy punkt poboru tlenu,
4. instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian.
 | **TAK** |  |
| 1. Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu.
 | **TAK** |  |
| 1. Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 30 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę pod kątem nie większym jak 10 stopni, długość leża pacjenta w zakresie 190 - 195 cm.
 | **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, komplet kluczy, podnośnik samochodowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy.
 | **TAK** |  |
| 1. Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy”.
 | **TAK** |  |
| 1. Ambulans dostarczony na oponach letnich.
 | **TAK** |  |
| 1. Kamera cofania – kolor.
 | **TAK** |  |
| 1. **WARUNKI SERWISU I GWARANCJI**
 |
| 1. Gwarancja na bezusterkową eksploatację ambulansów: min. 24 miesiące (bez limitu kilometrów) na każdy ambulans od daty podpisania protokołu odbioru ambulansu, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – minimum 24 miesiące, okres liczony od daty dostarczenia pojazdów Zamawiającemu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na perforację – minimum 120 miesięcy. Okres liczony od daty dostarczenia pojazdów Zamawiającemu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Gwarancja na zabudowę medyczną – minimum 24 miesiące. Okres liczony od daty dostarczenia pojazdów Zamawiającemu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu.
 | **TAK** |  |
| 1. Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; ww. zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e-maila wskazanego w umowie; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie
 | **TAK** |  |
| 1. W okresie gwarancji w przypadku awarii wyłączającej ambulans z systemu ratownictwa medycznego powyżej 7 dni, Wykonawca jest zobowiązany do podstawienia sprawnego ambulansu typu C od momentu zgłoszenia awarii do jej usunięcia lub pokrycia kosztów wynajmu ambulansu zastępczego przez Zamawiającego.
 | **TAK** |  |
| 1. Przeglądy gwarancyjne (serwisowe), jak i techniczne (okresowe) samochodów bazowych dokonywane były w ASO. Koszty wykonania ww. usług po stronie Wykonawcy, natomiast koszty materiałów eksploatacyjnych (np. olejów) płatne po stronie Zamawiającego. Koszt przeglądów zabudowy specjalnej (usługi, jak i materiałów) będzie po stronie Wykonawcy.
 | **TAK** |  |
| 1. Serwis gwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela (podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych).
 | **TAK****podać** |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

|  |
| --- |
| **NOSZE GŁÓWNE – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji.
 | **TAK** |  |
| 1. Z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp., przystosowanym do mycia i dezynfekcji.
 | **TAK** |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha ręcznie oraz pozycji siedzącej.
 | **TAK** |  |
| Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75 stopni. | **TAK****podać** |  |
| Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta, o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy oraz systemem pasów/uprzęży służących do transportu małych dzieci w pozycji leżącej lub siedzącej. | **TAK** |  |
| Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający przedłużenie powierzchni leża w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście. | **TAK** |  |
| Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane barierki boczne. | **TAK** |  |
| Fabryczna półka uniwersalna mocowana na stałe bezpośrednio do ramy noszy po stronie głowy pacjenta, umożliwiająca przechowywanie oraz transport np. dokumentacji, rzeczy osobistych pacjenta itp. nośność minimum 15 kg. | **TAK****podać** |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy min. 250 kg | **TAK****podać** |  |
| Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (lub normy równoważnej). | **TAK****podać** |  |
| Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia.  | **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 każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; ww. zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e-maila wskazanego w umowie. | **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 NOSZY GŁÓWNYCH – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. Z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu.
 | **TAK** |  |
| 1. Szybki i łatwy system połączenia z noszami.
 | **TAK** |  |
| Regulacja wysokości na sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane sprężynami gazowymi. | **TAK****podać** |  |
| System niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do ambulansu i rozładunku z ambulansu pozwalający na wprowadzenie zestawu transportowego do ambulansu przez jedną osobę. | **TAK** |  |
| Możliwość regulacji długości goleni przednich (bez udziału serwisu), na minimum trzech poziomach w celu dostosowania wysokości najazdowej noszy, do wysokości podstawy noszy zamontowanej w ambulansie. | **TAK****podać** |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia). | **TAK****podać** |  |
| Wszystkie 4 kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, minimum dwa skrętne w zakresie 360 o, hamulce na dwóch kółkach (hamulec uniemożliwia obrót kółek oraz funkcję skrętu). | **TAK****podać** |  |
| Transporter ma umożliwiać prowadzenie noszy w bok do kierunku jazdy. | **TAK** |  |
|  Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych. | **TAK** |  |
|  Transporter posiadający możliwość złożenia do minimalnego poziomu wysokości poprzez zwolnienie dedykowanych blokad, bez konieczności wykonywania dodatkowych absorbujących czynności np. ustawianie kół do jazdy „na wprost”, uruchamianie blokady kół. | **TAK** |  |
|  Transporter ma mieć możliwość automatycznej blokady goleni w pozycji złożonej (nie wymagającej od użytkownika wykonania żadnych czynności tj. wciskania przycisków zwalniania blokad) oraz możliwość przenoszenia ze złożonymi goleniami. | **TAK** |  |
|  Obciążenie dopuszczalne transportera min. 250 kg. | **TAK****podać** |  |
| Waga transportera max. 28 kg, zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (lub normy równoważnej).  | **TAK****podać** |  |
|  Transporter zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału. | **TAK** |  |
|  Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789 lub równoważnej. | **TAK** |  |
| System mocowania transportera na podstawie zgodny z wymogami PN EN 1789 lub równoważnej. | **TAK** |  |
| 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) potwierdzone wpisem do dokumentacji sprzętu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; ww. zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e-maila wskazanego w umowie.
 | **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** |  |
| **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Deska wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego.
 | **TAK** |  |
| 1. Pasy zabezpieczające do deski:

- konstrukcja pasa dwuczęściowa, wykonane z materiału wodoodpornego, zabezpieczonego przed wnikaniem krwi, olejów i innych substancji ropopochodnych,- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski za pomocą karabińczyków 4 sztuki. | **TAK** |  |
| 1. Stabilizator głowy:

- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski. | **TAK** |  |
| 4. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru i szkolenia personelu. | **TAK****podać** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DZIECI – 2 sztuki** **Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci.
 | **TAK** |  |
| 1. Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, przepuszczalna dla promieni X.
 | **TAK** |  |
| 1. Kompatybilna ze stabilizatorem głowy klockowym.
 | **TAK** |  |
| 1. Stabilizator głowy:

- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski. | **TAK** |  |
| 1. Pasy zabezpieczające do deski:

- konstrukcja pasa dwuczęściowa, wykonane z materiału wodoodpornego, zabezpieczonego przed wnikaniem krwi, olejów i innych substancji ropopochodnych- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski za pomocą karabińczyków - 3 szt. | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 | **TAK** |  |
| **SZYNY KRAMERA – 2 zestawy****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| * + - 1. Zestaw składający się z 13 szyn Kramera w powleczeniu wykonanym z tkaniny powlekanej od wewnątrz gąbką dla zwiększenia komfortu unieruchomionej kończyny. Powleczenie musi być nieprzepuszczalne dla płynów, wydzielin i wydalin z możliwością dezynfekcji wielorazowego użytku.
 | **TAK** |  |
| 1. Torba transportowa w zestawie.
 | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| **SSAK AKUMULATOROWY – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do 85 kPa.
 | **TAK** |  |
| 1. Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości 1 litr.
 | **TAK** |  |
| 1. Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy.
 | **TAK** |  |
| 1. Maksymalny przepływ min. 30 l/minutę.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie akumulatorowe zapewniające min. 40 minut pracy.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu ssaka.
 | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| **PULSOKSYMETR – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Przeznaczony do kontrolnych pomiarów SpO2 u dorosłych i dzieci powyżej 3 lat.
 | **TAK** |  |
| 1. Cyfrowy wyświetlacz wartości pulsu, SpO2 oraz jakości sygnału.
 | **TAK** |  |
| 1. Minimum 6 różnych możliwości pomiaru.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zakres pomiaru SpO2: 70-99 %.
 | **TAK** |  |
| 1. Zakres pomiaru pulsu: 30-235 bmp.
 | **TAK** |  |
| 1. Zasilanie bateryjne 2xAAA
 | **TAK** |  |
| 1. W komplecie bateria, zawieszka oraz etui ochronne.
 | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| **PLECAK RATUNKOWY – 4 sztuk****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Wykonany z materiału umożliwiającego mycie i dezynfekcję.
 | **TAK** |  |
| 1. Wymiary min. 52 cm x 54 cm x 25 cm +/- 5 %.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Objętość 55 l.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażony w minimum 5 zewnętrznych kieszeni.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. Dodatkowo min. 5 saszetek umożliwiających podgląd zawartości bez otwierania.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyposażony w ampularium na min. 60 ampułek.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Siedzisko i oparcie krzesełka wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa.
 | **TAK** |  |
| 1. Wyposażone w 4 kółka, 2 obrotowe wyposażone w hamulce.
 | **TAK** |  |
| 1. Pasy bezpieczeństwa o regulowanej długości z szybkozłączami.
 | **TAK** |  |
| 1. 2 pary rączek tylnych posiadających funkcję opuszczania do dołu.
 | **TAK** |  |
| 1. Wydłużane teleskopowo rączki przednie. Podpórka pod nogi pacjenta.
 | **TAK** |  |
| 1. Szerokość minimum 50 cm. Nośność minimum 160 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu.
 | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |
| **RESPIRATOR TRANSPORTOWY – 2 sztuki****Marka ……………………..………………………..……..………..……. Model ……….………………..………………….………..…………………. Rok produkcji: 2024** |
| 1. Respirator transportowy, przenośny, odporny na drgania i wstrząsy, zasilanie, sterowanie pracą oraz alarmami wyłącznie pneumatyczne – z przenośnego lub stacjonarnego źródła sprężonego tlenu.
 | **TAK** |  |
| 1. Respirator umożliwiający wentylację pacjentów od ok. 5 kg masy ciała.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Maksymalna waga samego urządzenie – ok. 2,9 kg.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Tryb wentylacji IPPV/CMV.
 | **TAK** |  |
| 1. Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – 3 cm H2O.
 | **TAK** |  |
| 1. Wentylacja bierna 100% tlenem – oddech spontaniczny na żądanie z przepływem zależnym od podciśnienia (integralna funkcja respiratora).
 | **TAK** |  |
| 1. Wentylacja manualna z możliwością prowadzenia RKO.
 | **TAK** |  |
| 1. Respirator z niezależną regulacją częstości i objętości oddechowej.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulacja częstości oddechów z zakresie nie mniejszym niż 8 – 40 oddechów/minutę.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50 - 1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/minutę).
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV: 100% i 60%.
 | **TAK** |  |
| 1. Manometr ciśnienia w układzie pacjenta.
 | **TAK** |  |
| 1. CPAP płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H2O jako integralna część respiratora.
 | **TAK** |  |
| 1. Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H2O – PEEP – jako integralna część respiratora lub dodatkowy moduł.
 | **TAK** |  |
| 1. Alarmy:

- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta - niskiego ciśnienia gazu zasilającego.  | **TAK** |  |
| 1. Przepływ gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym 6-42 l/min.
 | **TAK** |  |
| 1. Respirator dostarczany w komplecie z maską resuscytacyjną uniwersalną 5/3 (lub maską 5 i 3), przewodem ciśnieniowym, zasilającym o długości min. 180 cm zakończonym końcówką typu AGA, silikonowym przewodem oddechowym z zastawką pacjenta.
 | **TAK****podać** |  |
| 1. Transportowy zestaw tlenowy zawierający:

- butlę aluminiową na tlen medyczny o pojemności 2,7 l,- reduktor z przepływomierzem 0-25 l/minutę i szybkozłączem AGA, torbę transportową pozwalająca na umieszczenie w niej zestawu tlenowego oraz respiratora wraz z akcesoriami. Torba powinna posiadać uchwyt do trzymania w dłoni, na ramieniu oraz dodatkowe uchwyty do zawieszenia na noszach transportowych. Konstrukcja wszystkich elementów zestawu pozwala na ich użycie w podczas badania MRI (możliwość umieszczenie wraz z pacjentem w komorze) - jednorazowego użytku system do terapii CPAP stosowany w pomocy doraźnej u pacjentów przytomnych, z ostrymi zaburzeniami oddechowymi, gotowy do użycia po podłączenia do źródła tlenu- po jednym w rozmiarze dla dzieci i dla dorosłych: A) jeden zestaw zawiera co najmniej: maskę jednorazowego użytku z miękkim, dmuchanym kołnierzem, neoprenową uprząż mocującą, system CPAP, przewód tlenowy dł. min. 2 m. B) Regulacja pożądanej wartości ciśnienia CPAP uzyskiwana za pomocą wyboru odpowiedniego przepływu na reduktorze tlenowym. C) Zakres regulacji CPAP: 5-20 cm H20. D) Możliwością umieszczenia nebulizatora pomiędzy maską pacjenta a systemem. E) Port wylotu powietrza umieszczony w jednej linii z przewodem tlenowym, eliminując możliwość przypadkowego zamknięcia. | **TAK****podać** |  |
| 1. Uchwyt ścienny mocujący respirator w ambulansie zgodnym z wymogami polskiej normy PN EN 1789 (lub normy równoważnej).
 | **TAK** |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 | **TAK****podać** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Ambulans typu C z zabudową | kpl. | 2 |  |  |  |  |  |
| 2. | Wyposażenie medyczne: Nosze główne | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 3. | Wyposażenie medyczne: Transporter noszy głównych | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 4. | Wyposażenie medyczne: Deska ortopedyczna dla dorosłych | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 5. | Wyposażenie medyczne: Deska ortopedyczna dla dzieci | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 6. | Wyposażenie medyczne: Szyny Kramera | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 7. | Wyposażenie medyczne: Ssak akumulatorowy | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 8. | Wyposażenie medyczne: Pulsoksymetr | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 9. | Wyposażenie medyczne: Plecak ratunkowy | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| 10. | Wyposażenie medyczne: Krzesełko kardiologiczne | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 11. | Wyposażenie medyczne: Respirator transportowy | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:****Zakup 2 ambulansów typu C z wyposażeniem** |  | **XX** | **XX** |  |

Zastosowane będą parametry techniczne opisane powyżej. Maksimum do uzyskania: 40 punktów.

Zamawiający informuje, że ilekroć przedmiot zamówienia określony w specyfikacji warunków zamówienia opisany jest przez wskazanie znaku towarowego, patentu lub pochodzenia dopuszcza się rozwiązania równoważne tzn. posiadające cechy, parametry, zastosowanie nie gorsze niż opisane w przedmiocie zamówienia.

UWAGA: Niespełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty