**Załącznik nr 1A do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**AMBULANS TYPU „C” systemowy – specjalny z wyposażeniem**

**(FORMULARZ MINIMALNYCH PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**ORAZ PARAMETRÓW PUNKTOWANYCH)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametr/Warunek** | **Parametr** **wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. 1
 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |  |
| 1. 2
 | **model / typ** | **Tak/podać** |  |
| 1. 3
 | **rok produkcji – 2022 lub 2023** | **Tak/podać** |  |
| **NADWOZIE** |
| 1. 5
 | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. | **Tak/podać** |  |
| 1. 6
 | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego z łatwo zmywalną tapicerką. | **Tak/podać** |  |
| 1. 7
 | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, wysokie (otwór drzwiowy min. 180 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego. Drzwi boczne lewe przesuwne do tyłu, bez szyby. | **Tak/podać** |  |
| 1. 8
 | Drzwi tylne dwuskrzydłowe, wysokie (otwór drzwiowy min. 180 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250o | **Tak/podać** |  |
| 1. 9
 | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny | **Tak/podać** |  |
| 1. 10
 | Stopień wejściowy (boczny przy prawych drzwiach przesuwnych) do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie chowany / wysuwany przy zamykaniu / otwieraniu drzwi przesuwnych | **Tak/podać** |  |
| 1. 11
 | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu | **Tak/podać** |  |
| 1. 12
 | Reflektory główne- ***opcja punktowana:*** * **typu LED- 15 pkt**
* **inne- 0 pkt**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 1. 13
 | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją statycznego doświetlania zakrętów. | **Tak/podać** |  |
| 1. 14
 | Kolor żółty (fabryczny) RAL1016 | **Tak/podać** |  |
| **SILNIK** |
| 1. 16
 |  Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa CommonRail z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch zimnego silnika, o pojemności min. 1900 cm3 | **Tak/podać** |  |
| 1. 17
 | Moc silnika min. 120 KW. | **Tak/podać** |  |
| 1. 18
 | Silnik spełniający obecnie obowiązujące przepisy norm spalin  | **Tak/podać** |  |
| 1. 19
 | System wskazujący czas do następnego przeglądu tzw. aktywny system serwisowania – przeglądy serwisowe wg wskazań komputera nawet, co 40.000 km (w zależności od sposobu użytkowania), informacja o ilości kilometrów do następnego przeglądu serwisowego dostępna dla użytkownika przez cały okres eksploatacji pojazdu | **Tak/podać** |  |
| **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** |
| 1. 21
 | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. sześciobiegowa + bieg wsteczny lub automatyczna z możliwością manualnej redukcji biegów,- ***opcja punktowana:*** * **skrzynia manualna- 0 pkt**
* **skrzynia automatyczna- 15 pkt**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 1. 22
 | Napęd na koła przednie lub tylne | **Tak/podać** |  |
| **ZAWIESZENIE** |
| 1. 24
 | Fabryczne wzmocnione zawieszenie z min. stabilizatorem osi przedniej lub fabryczne zawieszenie wzmocnione tj. ze wzmocnionymi amortyzatorami, wzmocnionymi stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie pneumatyczne ze stabilizacją. Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy transport pacjenta. | **Tak/podać** |  |
| **UKŁAD HAMULCOWY** |
| 1. 26
 | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania | **Tak/podać** |  |
| 1. 27
 | System wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA i przerywanym trybem działania świateł STOP w przypadku nagłego hamowania | **Tak/podać** |  |
| 1. 28
 | System ABS zapobiegający blokadzie kół w trakcie hamowania | **Tak/podać** |  |
| 1. 29
 | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy np. ESP | **Tak/podać** |  |
| 1. 30
 | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | **Tak/podać** |  |
| 1. 31
 | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | **Tak/podać** |  |
| **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. 33
 | Alternator o wydajności min. 220 A | **Tak/podać** |  |
| 1. 34
 | Min. dwa akumulatory głębokiego rozładowania o pojemności min. 90 Ah) | **Tak/podać** |  |
| **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. 36
 | Czujniki parkowania przednie i tylne (fabryczne lub montowane na etapie adaptacji pojazdu bazowego na ambulans) | **Tak/podać** |  |
| 1. 37
 | Min. czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera, kurtyny powietrzne. | **Tak/podać** |  |
| 1. 38
 | Elektrycznie ogrzewana szyba przednia oraz ogrzewane dysze spryskiwaczy szyby przedniej | **Tak/podać** |  |
| 1. 39
 | Radio AM/FM z wyjściem USB, zintegrowanym zestawem głośnomówiącym Bluetooth, z możliwością obsługi w kierownicy  | **Tak/podać** |  |
| 1. 40
 | Kolumna kierownicy regulowana min. w dwóch płaszczyznach tj. przód-tył, góra-dół | **Tak/podać** |  |
| 1. 41
 | Elektrycznie składane, regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | **Tak/podać** |  |
| 1. 42
 | Klimatyzacja kabiny kierowcy, co najmniej półautomatyczna | **Tak/podać** |  |
| 1. 43
 | Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanym w kabinie kierowcy (fabryczna lub montowana na etapie adaptacji pojazdu bazowego na ambulans) | **Tak/podać** |  |
| 1. 44
 | Pełnowymiarowe koło zapasowe, dodatkowy zestaw naprawczy opony | **Tak/podać** |  |
| 1. 45
 | Fabryczne będące wyposażeniem pojazdu bazowego, pomocnicze ogrzewanie elektryczne o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,4 kW współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury. | **Tak/podać** |  |
|  | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo-sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie, wyposażony w siwiało halogenowe typu LE, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min 2 godziny, wyposażony w uchwyt do zamocowania w pojeździe oraz ładowarkę samochodową i śmieciową 230V | **Tak/podać** |  |
|  | W kabinie kierowcy lampka nocna na elastycznym ramieniu typu LED dla pasażera (ratownika medycznego/lekarza) umożliwiająca oświetlenie przeglądanych dokumentów | **Tak/podać** |  |
|  | Dodatkowy komplet opon zimowych wraz z felgami stalowymi (4szt.). |  |  |
|  | Trójkąt ostrzegawczy. |  |  |
|  | Kosz na śmieci - 2szt. |  |  |
|  | Dwie zamontowane w uchwytach gaśnice p.poż. z aktualnymi badaniami (jedna w kabinie kierowcy, druga w przedziale medycznym). |  |  |
|  | Urządzenie do wybijania szyb, nóż do cięcia pasów bezpieczeństwa |  |  |
| **Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny zgodnie z aktualną PNEN 1789+A2** |
| 1. 47
 | Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym Załączniku do SIWZ) musi posiadać przeprowadzone badania wyszczególnione w Załączniku C do normy PN-EN 1789+A2. (Zwraca się uwagę na fakt, że badania układów podtrzymujących i zamocowań 4.5.9/5.3 wykonuje jednostka notyfikowana) | **Tak/podać** |  |
| **NADWOZIE** |
| 1. 49
 | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800 | **Tak/podać** |  |
| 1. 50
 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, z miejscem mocowania krzesełka transportowego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego, deski ortopedycznej dla dorosłych i dzieci, kamizelki KED, szyn typu Kramer, trzech kasków. Od strony schowka ma być zapewniony dostęp do plecaka/torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym ( tak zwany dostęp do plecaka/torby z przedziału medycznego i zewnątrz pojazdu). Zamawiający dopuszcza by miejscem mocowania deski ortopedycznej dla dzieci, kamizelki KED, kasków oraz szyn typu Kramer był przedział medyczny | **Tak/podać** |  |
|  | Okna w przedziale medycznym pokryte w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą lub inne alternatywne rozwiązanie | **Tak/podać** |  |
| **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |
| 1. 52
 | Nagrzewnica wodna z zaworem odcinającym, oraz pompą wody, umożliwiająca ogrzewanie przedziału medycznego**.** | **Tak/podać** |  |
| 1. 53
 | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W | **Tak/podać** |  |
| 1. 54
 | Dodatkowy niezależny od pracy silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 KW. | **Tak/podać** |  |
| 1. 55
 | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. | **Tak/podać** |  |
| 1. 56
 | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa) | **Tak/podać** |  |
| 1. 57
 | Szyber dach- ***opcja punktowana:**** **o wymiarach min. 300x500 mm- 0 pkt**
* **o wymiarach min. 800x500 mm pełniący dodatkowo funkcję wyjścia ewakuacyjnego- 10 pkt**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
|  | W przedziale medycznym zamontowana lodówka do transportu leków | **Tak/podać** |  |
| **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. 59
 | Instalacja elektryczna 230 V:  - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka) - min. 2 gniazda w przedziale medycznym - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe- grzałka w układzie chłodzenia silnika zasilana z sieci 230V | **Tak/Podać** |  |
| 1. 60
 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie zainstalowanych akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki). | **Tak/podać** |  |
| 1. 61
 | Przetwornica 12V/230V o mocy min 1000W, charakterystyka sinusoidalna, zasilanie po przetwornicy dostępne we wszystkich gniazdach 230V, przełączanie odbywa się w sposób automatyczny |  |  |
| 1. 62
 | Wizualna sygnalizacja informująca o połączeniu ambulansu do sieci 230V | **Tak/podać** |  |
| 1. 63
 | Instalacja elektryczna 12V: - min. 6 gniazd 12 V w przedziale medycznym (w tym dwa 20A), do podłączenia urządzeń medycznych (miejsce lokalizacji do uzgodnienia po podpisaniu umowy), - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki | **Tak/podać** |  |
| **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
| 1. 65
 | W przedniej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w kolorze niebieskim o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |  |
| 1. 66
 | Pojazd wyposażony w modulator min. 180W (2 głośniki zamontowane w zderzaku pojazdu nie mogą być niczym przysłonięte), przystosowany do podawania komunikatów głosowych. Sterowanie modulatorem przy pomocy pilota dedykowanego do niego oraz klaksonu pojazdu. | **Tak/podać** |  |
| 1. 67
 | Na wysokości podszybia lub w pasie przednim dwie niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED | **Tak/Podać** |  |
| 1. 68
 | W tylnej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w kolorze niebieskim o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |  |
| 1. 69
 | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu ww. drzwi | **Tak/podać** |  |
| 1. 70
 | Oznakowanie pojazdu w 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii:a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu,c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”)- z przodu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r ,- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej z literą S lub P wpisaną w okrąg i na drzwiach tylnych pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - **do uzgodnienia z Zamawiającym**. - oznakowanie symbolem Państwowego Ratownictwa Medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r,- nazwy dysponenta jednostki umieszczony po obu bokach pojazdu - **do uzgodnienia z Zamawiającym**.- dodatkowe oznakowanie zgodne z numerem bocznym SWD PRM na 5 powierzchniach ambulansu - **do uzgodnienia z Zamawiającym**.  | **Tak/podać** |  |
| 1. 71
 | Reflektory zewnętrzne typu LED z tyłu i po bokach, po dwa z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 20 km/h. | **Tak/Podać** |  |
| 1. 72
 | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej– podać markę i model. | **Tak/podać** |  |
| **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA i SWDPRM** |
|  | Instalacja do radiotelefonu | **Tak/Podać** |  |
| 1. 75
 | Instalacja zasilająca tablet ZEBRA oraz USB do drukarki | **Tak/Podać** |  |
|  | W kabinie kierowcy zamontowana stacja dokująco do tabletu ZEBRA (bez tabletu) | **Tak/Podać** |  |
| 1. 77
 | W przedziale medycznym zamocowany uchwyty drukarki HP OfficeJet 200 Mobile Printer+ gniazdo zasilające drukarkę (bez drukarki) | **Tak/Podać** |  |
|  | Obok uchwytu do drukarki dodatkowo gniazdo zasilające 230V | **Tak/Podać** |  |
|  | W kabinie kierowcy radiotelefon przewoźny cyfrowy DMR / GPS zgodny z wymogami Państwowego Ratownictwa Medycznego | **Tak/Podać** |  |
|  | W kabinie kierowcy moduł GPS zgodny z obecnymi parametrami SWD PRM dla województwa Wielkopolskiego z antenami zamocowanymi wewnątrz kabiny (szybie, podszybiu)  | **Tak/Podać** |  |
| 1. 78
 | Na dachu pojazdu anteny zewnętrzne rozmieszczone prostopadle do osi wzdłużnej pojazdu umożliwiające prawidłową pracę ambulansu w systemie SWD PRM oraz zapewniające łączność zamontowanych radiotelefonów | **Tak/Podać** |  |
| 1. 79
 | W kabinie kierowców dodatkowe dwa gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V pozwalające na zasilanie nawigacji, ładowanie telefonu komórkowego itp. | **Tak/podać** |  |
| **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. 81
 | Sufitowe oświetlenie rozproszone realizowane przez lampy typu LED w naturalnym kolorze. | **Tak/podać** |  |
| 1. 82
 | Nad noszami, co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne ze światłem skupionym emitowanym przez lampy typu LED (lampy z regulacją kąta padania światła). | **Tak/Podać** |  |
| 1. 83
 | Oświetlenie punktowe blatu roboczego typu LED. | **Tak/podać** |  |
| **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. 85
 | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **Tak/podać** |  |
| 1. 86
 | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym | **Tak/podać** |  |
| 1. 87
 | Na prawej ścianie min. jeden fotel obrotowy wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa, podłokietniki, (co najmniej z lewej strony) i zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Podać markę i model oferowanego fotela.Fotel wraz z podstawą jest elementem cało pojazdowej homologacji, przebadany za zgodność REG 14 dla typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa i REG 17 dla typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań. | **Tak/podać** |  |
| 1. 88
 | Fotel obrotowy u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) z systemem przesuwu usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa. Podać markę i model oferowanego fotela. Fotel z systemem przesuwu wraz podstawą przebadany na zgodność z REG 14 dla „typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa” i REG 17 dla „typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań”. | **Tak/Podać** |  |
| 1. 89
 | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwane (minimalne wymiary przejścia: wysokość przejścia min. 170cm, szerokość przejścia min. 40 cm) spełniające normę PN EN 1789+A2. | **Tak/podać** |  |
| 1. 90
 | Zabudowa przedziału medycznego wykonana z tworzywa sztucznego- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów. Miejsce mocowania torby oraz , plecaka medycznego- półki podsufitowe (na ścianie lewej i prawej) z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty- miejsce mocowanie, co najmniej trzech pudełek na rękawiczki jednorazowe- przy ścianie działowej szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną oraz z co najmniej dwoma szufladami (blat roboczy na wysokości min. 100 cm ± 10 cm)- kosz na odpadkiZamawiający wymaga możliwości montażu sprzętu medycznego na lewej ścianie do przesuwnych paneli, umożliwiających przesuw sprzętu oraz zablokowanie w wybranej pozycji. Min. 3 szt. paneli pod defibrylator, respirator, pompy infuzyjne. | **Tak/Podać** |  |
| 1. 91
 | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | **Tak/Podać** |  |
| 1. 92
 | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **Tak/podać** |  |
| 1. 93
 | Centralna instalacja tlenowa:- wyposażona w min 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego oraz 1 gniazdo w suficie- 2 przepływomierze ambulansowe, (do punków poboru tlenu typu AGA)- 2 szt. reduktorów do butli 10l(bez butli)-(konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy).- konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony- konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony.- Uchwyt na butle przenośne 2l(bez butli)- 2 szt. reduktorów z przepływomierzem do butli 2,7l(bez butli) (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy) zamontowane wewnątrz przedziału medycznego w specjalnie uchwycie zamontowanym na lewej lub prawej ścianie,- przepływomierze obrotowe o przepływie od 0 do 15L/min bez nawilżaczy | **Tak/podać** |  |
| 1. 94
 | Podstawa (laweta) pod nosze główne sterowana elektrycznie, posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu do pozycji Trendelenburga i anty Trendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym łatwy wjazd noszy na lawetę (posiadająca oznaczenie zgodności CE lub deklarację zgodności). | **Tak/podać** |  |
| 1. 95
 | Termo box stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych | **Tak/podać** |  |
|  | Miejsce mocowania ssaka elektrycznego umożliwiające korzystanie z niego podczas jazdy | **Tak/podać** |  |
| **WYMAGANIA DODATKOWE** |
| 1. 97
 | Przedział medyczny ma być wyposażony w:- urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa- gaśnicę,- panel: * sterujący oświetleniem przedziału medycznego,
* sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału

medycznego,* sterujący oświetleniem zewnętrznym tzw. roboczym oprócz

sterowania na słupku drzwi tylnych | **Tak/podać** |  |
| 1. 98
 | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:- panel sterujący informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych, informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia, pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V, informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy, informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego, - przenośny szperacz akumulatorowy sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym 2 godziny (przy maksymalnym natężeniu światła), natężenie światła min. 300 lm, klasa odporności min. IP 65, waga do 300 gr., wyposażony w stojak oraz ładowarkę 12V i 230V (podać markę i model). | **Tak/podać** |  |
| 1. 99
 | Gwarancja mechaniczna na pojazd 24 m-ce, bez limitu kilometrów. Gwarancja na powłoki lakiernicze pojazdu 36 m-cy.Gwarancja na perforację nadwozia pojazdu 120 m-cy.Gwarancja na przedział medyczny (zabudowa medyczna i sprzęt towarzyszący) 24 m-ce. | **Tak/Podać** |  |
| 1. 100
 | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem). | **Tak/Podać** |  |
|  | Centralna instalacja próżniowa z pojemnikiem na wydzielinę o pojemności min. 1l, regulatorem ssania wraz z manometrem, z kompletem przewodów do odsysania pacjenta. |  |  |
| **NOSZE GŁÓWNE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |
| 1. 103
 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 1. 104
 | **model / typ,**  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 105
 | **rok PRODUKCJI- 2022-2023** | **Tak/Podać** |   |
|  | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, umożliwiające ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym. | **Tak/Podać** |  |
|  | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | **Tak/Podać** |  |
|  | Regulacja kąta oparcia w zakresie od 0 do min. 75 stopni | **Tak/Podać** |  |
|  | Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta, o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | **Tak/Podać** |  |
|  | Z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej, podać model oraz markę. | **Tak/Podać** |  |
|  | Składane wzdłużnie lub na boki oparcia boczne (tzw. poręcza), | **Tak/Podać** |  |
|  | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;  | **Tak/Podać** |  |
|  | Wysuwane uchwyty (rączki) przednie i tylne do przenoszenia noszy. | **Tak/Podać** |  |
|  | Z możliwością wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy; | **Tak/Podać** |  |
|  | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; | **Tak/Podać** |  |
|  | Z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, płynów, brudu, przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | **Tak/Podać** |  |
|  | Składany teleskopowo wieszak na płyny infuzyjne, | **Tak/Podać** |  |
|  | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, ułożenie na wznak, przygięcie głowy do klatki piersiowej, | **Tak/Podać** |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne noszy min. 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | **Tak/Podać** |  |
|  | Waga oferowanych noszy max 23kg zgodna z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 (podać wagę noszy w kg); | **Tak/Podać** |  |
|  | Paszport techniczny z aktualnym wpisem Serwisu danego sprzętu medycznego potwierdzający wykonanie przeglądu „zerowego” dopuszczającego sprzęt/urządzenie do eksploatacji. | **Tak/Podać** |  |
|  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH - podać markę, model**  |
|  | Z system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych umożliwiające łatwy i bezpieczny załadunek i rozładunek noszy wraz z pacjentem do/z ambulansu; | **Tak/Podać** |  |
|  | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami; | **Tak/Podać** |  |
|  | Z możliwością zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | **Tak/Podać** |  |
|  | Wyposażony w 4 główne uchwyty transportera, | **Tak/Podać** |  |
|  | Regulacja wysokości w min sześciu poziomach;możliwość prowadzenia noszy bokiem do kierunku jazdy, | **Tak/Podać** |  |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera) na min 3 poziomach pochylenia; | **Tak/Podać** |  |
|  | Wyposażony w minimum 4 kółka jezdne **o średnicy min. 200 mm**, skrętne w zakresie 360 stopni, | **Tak/Podać** |  |
|  | Min. dwa kółka wyposażone w hamulce, | **Tak/Podać** |  |
|  | Blokada przednich kółek ułatwiająca jazdę na wprost, | **Tak/Podać** |  |
|  | Fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnej strony, wewnątrz i na zewnątrz budynków, | **Tak/Podać** |  |
|  | Dodatkowy system zabezpieczający przed wyjazdem transportera z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i zablokowania do jazdy podwozia transportera, | **Tak/Podać** |  |
|  | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami aktualnej normy PN EN 1789+A1:2011. | **Tak/Podać** |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 225kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg), | **Tak/Podać** |  |
|  | Waga transportera max 28kg. zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865:1 2010 (podać wagę transportera w kg); | **Tak/Podać** |  |
|  | Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą, | **Tak/Podać** |  |
|  | Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi, | **Tak/Podać** |  |
|  | Paszport techniczny z aktualnym wpisem Serwisu danego sprzętu medycznego potwierdzający wykonanie przeglądu „zerowego” dopuszczającego sprzęt/urządzenie do eksploatacji. | **Tak/Podać** |  |
|  | Certyfikat zgodności oraz deklaracja zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 na oferowany system transportowy ( nosze, transporter, mocowanie ) wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną – załączyć do oferty, | **Tak/Podać** |  |
| **URZĄDZENIE DO OCZYSZCZANIA POWIETRZA** |
| 1. 103
 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 1. 104
 | **model / typ,**  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 105
 | **rok PRODUKCJI- 2022-2023** | **Tak/Podać** |   |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. | **Tak/podać** |  |
|  | Urządzenie do oczyszczania powietrza z wirusów, bakterii, grzybów, pleśni oraz lotnych związków organicznych w przestrzeni roboczej karetek pogotowia. Przeznaczone do montażu w karetkach w celu zapewnienia bezpiecznej i przyjaznej strefy czystego powietrza dla lekarzy, ratowników, pielęgniarzy i pacjentów. Nie powodujące żadnej degradacji sprzętu medycznego i powierzchni wewnętrznych ambulansów. Urządzenie ma za zadanie oczyszczanie powietrza dostającego się do wnętrza karetki z pacjentem oraz personelem oraz powietrza wydychanego przez pacjenta w trybie ciągłym podczas pracy personelu. | **Tak/podać** |  |
|  | Wyposażenie urządzenia: - wentylator zasysający - filtr z węglem aktywnym - sekcje foto katalityczne - sekcje lamp UV - filtr kokosowy | **Tak/podać** |  |
|  | Wymiary zewnętrzne nie większe niż (mm): wys. 390±2, dł.300±2, szer. 127±2. | **Tak/podać** |  |
|  | Waga max 7,0 kg | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz. | **Tak/podać** |  |
|  | Poziom hałasu max 35 db(A). | **Tak/podać** |  |
|  | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące. | **Tak/podać** |  |
| **Krzesełko ewakuacyjne** |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |  |
|  | **model / typ,**  | **Tak/podać** |  |
|  | **rok PRODUKCJI- 2022-2023** | **Tak/podać** |  |
|  | Wyposażone w 4 kółka jezdne z czego tylne, wyposażone w blokadę. | **Tak/podać** |   |
|  | Wygodne tylne uchwyty | **Tak/podać** |  |
|  | Wyposażone w silnik elektryczny. | **Tak/podać** |  |
|  | Z możliwością poruszania w dwóch kierunkach | **Tak/podać** |  |
|  | Miękkie siedzisko zabezpieczające osobę transportowaną | **Tak/podać** |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału , odpornego na bakterie, grzyby, zmywalne, | **Tak/podać** |  |
|  | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające z zapięciami lotniczymi umożliwiające szybkie ich rozpięcie, | **Tak/podać** |  |
|  | Blokowane tylne koła.  | **Tak/podać** |  |
|  | Solidny i wygodny uchwyt  | **Tak/podać** |  |
|  | Wymiary krzesła złożonego: 1080x242mm.  | **Tak/podać** |  |
|  | Wymiary krzesła rozłożonego: 1080x1050mm | **Tak/podać** |  |
|  | Moc silnika min 200W. | **Tak/podać** |  |
|  | Udźwig min 200kg  | **Tak/podać** |  |
|  | Bateria w zestawie.  | **Tak/podać** |  |
|  | Certyfikat TUV NORD | **Tak/podać** |  |
|  | Certyfikat trudnopalności B1 | **Tak/podać** |  |
|  | Gwarancja min 2 lata  | **Tak/podać** |  |
|  | Paszport techniczny z aktualnym wpisem Serwisu danego sprzętu medycznego potwierdzający wykonanie przeglądu „zerowego” dopuszczającego sprzęt/urządzenie do eksploatacji. | **Tak/podać** |  |
| **Pompa infuzyjna/strzykawkowa ze stacją dokującą** |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |  |
|  | **model / typ** | **Tak/podać** |  |
|  | **rok PRODUKCJI- 2022-2023** | **Tak/podać** |  |
|  |  Pompy i stacje dokujące spełniają wymogi normy EN1789. | **Tak/podać** |  |
|  | Szeroki wybór typów infuzji i jednostek do prowadzenia infuzji (ng, µg, mg, µU, mU, U, kU, µmol, mmol, mol, / kg / min / godz. / 24 godz.), | **Tak/podać** |  |
|  | Bolus automatyczny i manualny (możliwość programowania dawki, czasu lub szybkości podaży), | **Tak/podać** |  |
|  | Szeroki asortyment strzykawek (objętości 2, 2,5, 3, 5, 6, 10, 12, 20, 30, 50 ml), | **Tak/podać** |  |
|  | Automatyczny system instalacji i rozpoznawania strzykawki, | **Tak/podać** |  |
|  | Rozbudowany system alarmów (pozwala na regulację głośności i trybu dźwięku, tryb nocny z możliwością ustawienia przyciszonego dźwięku i zmniejszonej jasności wyświetlacza), | **Tak/podać** |  |
|  | Menu urządzenia w języku polskim, | **Tak/podać** |  |
|  | Ekran dotykowy oraz klawiatura numeryczna, | **Tak/podać** |  |
|  | Duży, kolorowy wyświetlacz graficzny 3,2” o wysokiej rozdzielczości i kontraście, | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie pompy: 230/240 V | **Tak/podać** |  |
|  | Zasilanie awaryjne: poprzez jeden wbudowany akumulator Ni – MH 9,6V / 2,0 Ah, | **Tak/podać** |  |
|  | Częstotliwość: 50/60 Hz, | **Tak/podać** |  |
|  | **Zaawansowana i intuicyjna biblioteka leków** | **Tak/podać** |  |
|  | Waga pompy: maksymalna 2,5 kg, | **Tak/podać** |  |
|  | Przepływ 0,1 – 20000 ml/ 1 min z przyrostami co 1 ml/h, | **Tak/podać** |  |
|  | Objętość i czas infuzji 0,1 – 20000 ml; 1 min – 200 godz., | **Tak/podać** |  |
|  | Bolus, bolus początkowy: Szybkość: 20 – 2000 ml/h, Objętość: 0,1 – 50 ml, Bolus automatyczny i ręczny, | **Tak/podać** |  |
|  | Okluzja: 12 poziomów (75 – 900 mmHg), | **Tak/podać** |  |
|  | stacje dokujące, umożliwiające mocowanie dwóch pomp | **Tak/podać** |  |
|  | Posiadająca automatycznym podłączeniem zasilania po zamontowaniu pompy | **Tak/podać** |  |
|  | Praca pompy bez zasilania sieciowego minimum 20 godzin | **Tak/podać** |  |
|  | Gwarancja min 2 lata  | **Tak/podać** |  |
|  | Paszport techniczny z aktualnym wpisem Serwisu danego sprzętu medycznego potwierdzający wykonanie przeglądu „zerowego” dopuszczającego sprzęt/urządzenie do eksploatacji. | **Tak/podać** |  |
| **Defibrylator przenośny** |
|  | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |  |
|  | **model / typ** | **Tak/podać** |  |
|  | **rok PRODUKCJI- 2022-2023** | **Tak/podać** |  |
| 1. 112
 | Załączyć deklarację zgodności z normą EN 60601-2-4:2011 | **Tak/Podać** |   |
|  | Próba upadkowa min 0,5 metr zgodnie z normą EN1789 | **Tak/Podać** |  |
| 1. 113
 | **Zasilanie**  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 114
 | Akumulatorowe | **Tak/podać** |   |
| 1. 115
 | Akumulatory: minimum 2 w zestawie. Czas pracy z jednego akumulatora (przy monitorowaniu) min. 3 godz. | **Tak/podać** |   |
| 1. 116
 | Ładowarka akumulatorów z możliwością montażu w przedziale medycznym ambulansu. Możliwość ładowania akumulatorów z AC 230V lub DC 12V/lub inne alternatywne rozwiązanie | **Tak/podać** |   |
| 1. 117
 | Waga monitora z możliwością defibrylacji oraz standardowym wyposażeniem max. 10 kg | **Tak/podać** |   |
| 1. 118
 | **EKG** | **Tak/podać** |   |
| 1. 119
 | Zakres wzmocnienie sygnału ekg min. od 0,25mm/s/50mm/s | **Tak/Podać** |   |
| 1. 120
 | Ilość kanałów EKG: min. 12 | **Tak/Podać** |   |
| 1. 121
 | Interpretacja i analiza przebiegu ekg  | **Tak/podać** |   |
| 1. 122
 | **SpO2** Pomiar saturacji krwi tętniczej | **Tak/Podać** |   |
| 1. 123
 | Zakres pomiaru min. 0 -100% | **Tak/Podać** |   |
| 1. 124
 | Czujniki SpO2 wielorazowego użytku typu klips na palec dla dorosłych i dla dzieci | **Tak/Podać** |   |
| 1. 125
 | NIBP **Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** | **Tak/Podać** |   |
| 1. 126
 | Zakres pomiaru min. 30 – 255 mm Hg | **Tak/Podać** |   |
| 1. 127
 | Tryb ręczny i automatyczny | **Tak/Podać** |   |
| 1. 128
 | Metoda pomiaru: oscylometryczna | **Tak/podać** |   |
| 1. 129
 | **EtCO2** Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym | **Tak/podać** |   |
| 1. 130
 | Zakres pomiaru EtCO2 0-100 mmHg | **Tak/podać** |   |
| 1. 131
 | **Defibrylacja**  | **Tak/podać** |   |
| 1. 133
 | Defibrylacja ręczna | **Tak/podać** |   |
| 1. 134
 | Defibrylacja półautomatyczna AED | **Tak/podać** |   |
| 1. 135
 | Dostarczana energia w zakresie wytycznych ERC dla defibrylatorów jednofazowych lub dwufazowych  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 136
 | Możliwość manualnego wyboru poziomu energii zewnętrznej – min. 18 poziomów - dorosły | **Tak/Podać** |   |
|  | Możliwość manualnego wyboru poziomu energii zewnętrznej – min. 18 poziomów - dzieci | **Tak/podać** |  |
| 1. 137
 | Dwufazowa fala defibrylacji lub jednofazowa fala defibrylacji | **Tak/podać** |   |
| 1. 138
 | Kardiowersja | **Tak/podać** |   |
| 1. 139
 | **Stymulacja przezskórna serca**  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 140
 | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | **Tak/Podać** |   |
| 1. 141
 | Zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 40 – 240 / minutę | **Tak/Podać** |   |
| 1. 142
 | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 0 -200 mA | **Tak/podać** |   |
| 1. 143
 | **Ekran**  | **Tak/podać** |   |
| 1. 144
 | Przekątna ekranu > 7 cala | **Tak/podać** |   |
| 1. 145
 | Kolorowy LCD  | **Tak/podać** |   |
| 1. 146
 | Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 147
 | **Reanimacja krążeniowo – oddechowa** | **Tak/Podać** |   |
| 1. 148
 | Czujnik skuteczności resuscytacji do wspierania kompresji klatki piersiowej z akcesoriami lub inne alternatywne rozwiązanie | **Tak/Podać** |   |
| 1. 149
 | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | **Tak/Podać** |   |
| 1. 150
 | **Drukarka zintegrowana lub inne alternatywne rozwianie**  | **Tak/Podać** |   |
| 1. 151
 | Szerokość papieru min. 80 mm | **Tak/podać** |   |
| 1. 152
 | Ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | **Tak/Podać** |   |
| 1. 153
 | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek.) | **Tak/podać** |   |
| 1. 154
 | **Inne wymagania**  | **Tak/podać** |   |
| 1. 155
 | Możliwość archiwizacji wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | **Tak/podać** |   |
| 1. 156
 | Możliwość transmitowania zapisu ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do wszystkich stacji odbiorczych w województwie wielkopolskim | **Tak/Podać** |   |
| 1. 157
 | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania  | **Tak/podać** |   |
| 1. 158
 | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44  | **Tak/podać** |   |
| 1. 159
 | Impregnowana torba do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria lub inne alternatywne rozwiązanie | **Tak/Podać** |   |
| 1. 160
 | Certyfikowany uchwyt montażowy urządzenia w przedziale medycznym ambulansu drogowego zgodny z normą PN-EN 1789 | **Tak/podać** |   |
|  | Uchwyt ambulansowy z możliwością bezpiecznego transportowania sprzętu oraz umożliwiający korzystania z niego podczas jazdy | **Tak/Podać** |  |
| 1. 161
 | Modem teletransmisji danych GSM/4G | **Tak/Podać** |   |
|  | dedykowana torba transportowa do transportu akcesoriów po bokach z lewej i prawej strony oraz od góry i z tyłu urządzenia lub inne alternatywne rozwiązanie  | **Tak/podać** |  |
|  | Łącznik łóżkowy do transportu urządzania na noszach  | **Tak/Podać** |  |
|  | Pasek naramienny do transportu urządzania przez ratownika  | **Tak/podać** |  |
|  | Akcesoria do pomiaru temperatury z czujnikiem umieszczonym na skórze oraz sądom wprowadzoną do jamy ciała | **Tak/Podać** |  |
|  | Akcesoria do pulsoksymetrii - wielokrotnego użytku czujnikami dla dorosłych i dla dzieci - SpO2 SpCo, SpMET | **Tak/Podać** |  |
|  | Akcesoria do monitorowania NIBP, przewód spiralny lub prostym, z 2 mankietami wielokrotnego użytku dla dorosłych i 2 mankietami wielokrotnego użytku dla dzieci  | **Tak/podać** |  |
|  | Akcesoria do terapii stymulacji/defibrylacji z przewodem dedykowanym | **Tak/Podać** |  |
|  | Akcesoria 12-odprowadzeniowe EKG z wiązką odprowdzeń kończynowych minimum 4 odprowadzenia oraz minimum 6 przedsercowych | **Tak/podać** |  |
|  | Dodatkowy min. 3-odprowadzeniowy przewód EKG | **Tak/Podać** |  |
| 1. 162
 | 24 miesiące – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego.**Gwarancja na urządzenie:24 miesiące** – minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego – 0 pkt.**36 miesięcy** – 5 pkt.**48 miesięcy** – 10 pkt. | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 1. 163
 | Pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowychrealizowanych u Zamawiającego w okresie gwarancji przez okres 24 miesiące **24 miesiące** – minimalny wymagany pakiet bezpłatnych przeglądów serwisowych w okresie gwarancji – 0 pkt.**36 miesięcy** – 5 pkt.**48 miesięcy** – 10 pkt. | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 1. 164
 | Paszport techniczny z aktualnym wpisem Serwisu danego sprzętu medycznego potwierdzający wykonanie przeglądu „zerowego” dopuszczającego sprzęt/urządzenie do eksploatacji. | **Tak/podać** |  |

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

UWAGA:

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty

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

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

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

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

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

 Miejscowość i data Podpis osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy