**PCZ/II-ZP/16/2023 Załącznik nr 3 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

1. **Ambulans drogowy typu B wraz ze sprzętem medycznym - 2 sztuki**

**Pojazd kompletny (ciężarowy):**

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

Rok produkcji pojazdu nie wcześniej niż 2022r., 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): …………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANIA TECHNICZNE DLA AMBULANSU SANITARNEGO** | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Parametr wymagany** | | **Parametr wymagany, konieczny do spełnienia/ parametr punktowany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań - Parametr oferowany – podać/opisać** | | | | |  | | |
| 1. **NADWOZIE** | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon | | TAK | | |  | | | | |  | |
| 2 | | Nadwozie samonośne, zabezpieczone antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit, zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej | | TAK | | |  | | | | |  | |
| 3 | | Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi tłoczonymi profilami z tworzywa sztucznego w kolorze białym zapewniającymi wysoki poziom higieny w przedziale medycznym | | TAK | | |  | | | | |  | |
| 4 | | DMC do 3,5 t | | TAK | | |  | | | | |  | |
| 5 | | Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych | | TAK | | |  | | | | |  | |
| 6 | | Elektryczne ogrzewanie szyby przedniej | | TAK | | |  | | | | |  | |
| 7 | | Półki nad przednią szybą | | TAK | | |  | |  | |
| 8 | | Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy zgodnie z PN-EN 1789 lub równoważną | | TAK | | |  | |  | |
| 9 | | Fotel kierowcy i pasażera z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia. Przy fotelach po dwa podłokietniki. | | TAK | | |  | |  | |
| 10 | | Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera | | TAK | | |  | |  | |
| 11 | | W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej + stacja dokująca o nazwie: „ZEBRA DOCK, L10 Vehicle dock – cradle, dim, cla”, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z funkcji kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera. Zamawiający nie dopuszcza jakiejkolwiek innych niż fabryczne perforacji elementów w kabinie kierowcy. | | TAK | | |  | |  | |
| 12 | | Instalacja anten zewnętrznych dachowych dwuzakresowych GPS/GSM do stacji dokującej | | TAK | | |  | |  | |
| 13 | | Zainstalowany moduł lokalizacji pojazdu wraz z anteną zewnętrzną GPS/GSM współpracujący z systemem SWDPRM | | TAK | | |  | |  | |
| 14 | | Instalacja do podłączenia systemu SWD PRM  - antena magnetyczna GPS 1575 MHz o wzmocnieniu pow. 25 dbi wraz z okablowaniem o długości min. 6 mb zakończonych wtykiem kablowym SMA  - 2 anteny GSM w paśmie GPRS, GSM, LTE o wzmocnieniu 5 dbi i długości kabla min. 6 mb zakończonych wtykiem SMA | | TAK | | |  | |  | |
| 15 | | W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) | | TAK | | |  | |  | |
| 16 | | Furgon - lakier w kolorze żółtym | | TAK | | |  | |  | |
| 17 | | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 3 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach | | TAK | | |  | |  | |
| 18 | | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | | TAK | | |  | |  | |
| 19 | | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70 m | | TAK | | |  | |  | |
| 20 | | Długość przedziału medycznego min. 3,20 m | | TAK | | |  | |  | |
| 21 | | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, wys. min. 1,80 m, kieszenie siatkowe na tylnych drzwiach | | TAK | | |  | |  | |
| 22 | | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą, z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia), wysokość drzwi min. 1,80 m. | | TAK | | |  | |  | |
| 22a | | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby, z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia) | | TAK | | |  | |  | |
| 23 | | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | | TAK | | |  | |  | |
| 24 | | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą | | TAK | | |  | |  | |
| 25 | | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | | TAK | | |  | |  | |
| 26 | | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:  - 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami ( system AGA)  - mocowanie krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym,  - mocowanie noszy podbierakowych,  - mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,  - mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,  - mocowanie materaca próżniowego,  - mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,  - mocowanie 2 kasków ochronnych,  -mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,  - mocowanie pojemnika reimplantacyjnego,  - miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę | | TAK | | |  | |  | |
| 27 | | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki chroniące miednicę i tułów | | TAK | | |  | |  | |
| 28 | | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową z czujnikami cofania. (czujniki cofania jako wyposażenie fabryczne objęte gwarancją producenta pojazdu bazowego) | | TAK | | |  | |  | |
| 29 | | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową | | TAK | | |  | |  | |
| 30 | | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | | TAK | | |  | |  | |
| 31 | | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności | | TAK | | |  | |  | |
| 32 | | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane oraz elektrycznie składane. | | TAK | | |  | |  | |
| 33 | | Wylot spalin (układ wydechowy) przedłużony do tyłu, aby zapobiec możliwości dostawania się ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe | | TAK | | |  | |  | |
| 34 | | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l | | TAK | | |  | |  | |
| 35 | | Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 15l | | TAK | | |  | |  | |
| 36 | | Kamera biegu wstecznego z obrazem wyświetlanym w lusterku wstecznym lub na monitorze zamontowanym na kokpicie kierowcy. | | TAK | | |  | |  | |
| 37 | | Instalacja elektryczna przedziału medycznego podłączona poprzez dedykowany moduł pojazdu bazowego typu PSM, KFG itp.(technologia CAN bus). | | TAK | | |  | |  | |
| 38 | | Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V, z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym z panelu sterującego | | TAK | | |  | |  | |
| 39 | Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący, wyposażony w szczelne przełączniki typu micro-swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym. Panel umieszczony w centralnej środkowej części kokpitu kierowcy, sterujący następującymi funkcjami:  a) sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),  b) sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika  c) sterowanie układem klimatyzacji  d) sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów,  e) sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową niskotonową,  f) sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym,  g)funkcja powiadamiająca o zbliżającym się terminie przeglądu zabudowy  h) możliwość załączania przetwornicy prądu 12/230V  i) możliwość załączania intercomu  j) dwustopniowe podświetlenie przycisków I stopień dla funkcji niezałączonej, II stopień dla funkcji załączonej  k)miernik zużycia paliwa dla ogrzewania niezależnego od pracy silnika  l)graficzne monitorowanie pracy powietrznego ogrzewania przedziału medycznego niezależnego od pracy silnika | | TAK | | |  | |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | | |  | |
|  | |
|  | |
| 40 | | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,70 m | | TAK | | |  | | |  | | |
| 41 | | Otwierany szyberdach, o minimalnych wymiarach 350 mm x 350 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę | | TAK | | |  | | |  | | |
| 42 | | Pojemnik reimplantacyjny o pojemności min. 7l zasilany z instalacji 12V/230V ambulansu z możliwością chłodzenia i grzania wyposażony w pasek do noszenia na ramieniu. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 43 | | Przednie reflektory w technologii LED | | TAK | | |  | | |  | | |
| 44 | | System kontroli ciśnienia w oponach | | TAK | | |  | | |  | | |
| 45 | | Asystent bocznego wiatru i ruszania na wzniesieniu | | TAK | | |  | | |  | | |
| 46 | | Aktualna cało pojazdową homologację typu WE pojazdu skompletowanego, zgodną z ROZPORZĄDZENIE MINISTRA TRANSPORTU, BUDOWNICTWA I GOSPODARKI MORSKIEJ z dnia 25 marca 2013 r. w sprawie homologacji typu pojazdów samochodowych i przyczep oraz ich przedmiotów wyposażenia lub części oraz Dyrektywą 2007/46/WE . Numer świadectwa homologacji typu WE pojazdu kompletnego musi być ujęty w świadectwie homologacji typu WE pojazdu skompletowanego oraz posiadać informacje o dacie wydania homologacji pojazdu kompletnego i skompletowanego. Numery homologacji pojazdu kompletnego i skompletowanego muszą być zgodnie z Dyrektywą 2007/46/WE załącznik nr VII składać się z 4 sekcji informujących o:  - państwie członkowskim wydającym homologację  - numerze ostatniej dyrektywy lub rozporządzenia zmieniającego, włącznie z aktami wykonawczymi stosowanymi do danej homologacji  - czterocyfrowym numerze porządkowym  - dwucyfrowym numerze porządkowym określającym rozszerzenie.  oraz załącznik w postaci raportu/protokołu z wykonanego testu zderzeniowego całego jednorodnego nadwozia ambulansu (zgodnie z wymogami zharmonizowanej normy PN EN 1789:A1/2011 lub równoważnej) wystawione przez niezależną notyfikowaną jednostkę badawczą dotyczący oferowanej konfiguracji zabudowy specjalnej ambulansu przeprowadzonych na oferowanej marce i modelu ambulansu. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 47 | | Lampy przeciwmgielne z funkcją doświetlania zakrętów | | **Parametr punktowany**  **TAK – 2 pkt**  **NIE – 0 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 48 | | Czujnik deszczu i zmierzchu | | **Parametr punktowany**  **TAK – 3 pkt**  **NIE – 0 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 49 | | Uchwyt na rękawiczki w drzwiach lewych i prawych kabiny kierowcy. | | **Parametr punktowany**  **TAK – 10 pkt**  **NIE – 0 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 50 | | Dodatkowy komplet opon zimowych dla każdego pojazdu, na felgach stalowych z czujnikami ciśnienia powietrza przewidziany przez producenta dla oferowanego pojazdu. | | **Parametr punktowany**  **TAK – 10 pkt**  **NIE – 0 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 1. **SILNIK** | | | | | | | | | |
| 1. | | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu common rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Silnik o pojemności min. 1900 cm³. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | Silnik o mocy min. 180 KM. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4. | | Moment obrotowy min. 400 Nm. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6 | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | | | | | | | | | |
| 1. | | Skrzynia biegów manualna (Zamawiający nie dopuszcza skrzyni automatycznej) | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | Napęd na koła tylne lub przednie | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** | | | | | | | | | |
| 1. | | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Układ hamulcowy z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | Elektroniczny korektor siły hamowania. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4. | | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), | | TAK | | |  | | |  | | |
| 6. | | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 7. | | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR lub równoważny | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **ZAWIESZENIE** | | | | | | | | | |
| 1. | | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej) | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY** | | | | | | | | | |
| 1. | | Układ kierowniczy ze wspomaganiem | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2 | | Kierownica regulowana w dwóch płaszczyznach niezależnie tzn. góra-dół i przód tył. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | | | | | | | | | |
| 1. | | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V  z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | 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 | | |  | | |  | | |
| 4. | | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Automatyczny system klimatyzacji i ogrzewania w przedziale medycznym typu Climatronic (po ustawieniu temperatury system utrzymuje ją na stałym poziomie bez względu na temperaturę panującą na zewnątrz) | | **Parametr punktowany**  **TAK – 5 pkt**  **NIE – 0 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 6. | | Fabryczne będące wyposażeniem pojazdu bazowego pomocnicze ogrzewanie elektryczne o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,5 kW uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury. (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia). | | **Parametr punktowany**  **TAK – 5 pkt**  **NIE – 0 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | | | | | |
| 1. | | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający silę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A*.* | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4. | | Instalacja elektryczna 230 V:  a) zasilanie zewnętrzne 230 V  b) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym  c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym  d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe  e) przewód zasilający min 10m. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Na pojeździe zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | | TAK | | |  | | |  | | |
| 6. | | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V | | TAK | | |  | | |  | | |
| 7. | | Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:  - min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,  - gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki | | TAK | | |  | | |  | | |
| 8. | | Atestowana przetwornica prądu stałego 12V na zmienny 230V/50Hz o mocy ciągłej min. 1000VA (czysta sinusoida).  W przedziale medycznym 2 oddzielne gniazda 230V zasilane z tej przetwornicy do obsługi sprzętu medycznego i drukarki systemu wymagających zasilania 230V w czasie jazdy, z możliwością wyłączenia napięcia. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 9. | | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 200 A. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 10 | | Interkom umożliwiający łączność przedziału medycznego z kabiną kierowcy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO - DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | | | | | | | |
| 1. | | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu   pojazdu   z modułami   LED koloru niebieskiego oraz szyldem świetlnym LED z napisem AMBULANS. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Lampa LED na tylnej części dachu pojazdu,  dodatkowe światła LED robocze do oświetlania przedpola za ambulansem | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4. | | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego | | TAK | | |  | | |  | | |
| 6. | | Min. dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu, do oświetlenia miejsca akcji, po jednym z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 7. | | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 03.01.2023 r.:  1) wzorem graficznym systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne o średnicy 50 cm, umieszczonym na tylnych drzwiach oraz na dachu i po bokach, w tylnej części pojazdu;  2) napisem lustrzanym „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości liter co najmniej 22 cm, umieszczonym z przodu pojazdu; dopuszczalne jest umieszczenie napisu „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości liter co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;  3) po bokach literą barwy czerwonej:  „P” – podstawowego zespołu ratownictwa medycznego,  – umieszczoną w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm; grubość linii okręgu i liter wynosi 4 cm;  4) trzema pasami odblaskowymi:  a) pasem typu 3 – barwy czerwonej, o szerokości co najmniej 15 cm, umieszczonym wokół dachu,  b) pasem typu 3 – barwy niebieskiej, umieszczonym bezpośrednio nad pasem, o którym mowa w lit. c,  c) pasem typu 3 – barwy czerwonej, o szerokości co najmniej 15 cm, umieszczonym między linią okien a nadkolami;  5) logotypem zawierającym nazwę dysponenta jednostki lub nazwę dysponenta jednostki, umieszczonym po bokach pojazdu w dolnej części drzwi kierowcy i pasażera lub na tylnych drzwiach w dolnej części;  6) kryptonimem zespołu ratownictwa medycznego określonym w wojewódzkim planie działania systemu, barwy czerwonej, o wysokości liter 10 cm, umieszczonym po bokach i z tyłu pojazdu, pod okręgami z oznaczeniem zespołu -oznaczenie kolejno dla pojazdów podaje zamawiający tj. (C01 074) i (C01 076) | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | | | | | |  | | | | | TAK |
|  | | 1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych LED, z funkcją ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne), | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2) oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.), | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3) halogen zamontowany nad blatem roboczym | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** | | | | | | | | | |
| 1. | | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta) - pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | | TAK | | |  | | |  | | |
|  | | 1. Zabudowa specjalna na ścianie działowej   a/ szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną (Zamawiający nie dopuszcza wyłożenia blatu tworzywem sztucznym), wyposażona w min. trzy szuflady: system mocowania drukarki systemu PRM SWD (mocowanie musi być zgodne z PN EN 1789 lub równoważną) z instalacją zasilającą i połączeniową z tabletem, mocowanie ma umożliwiać drukowanie dokumentów oraz bezpieczny transport po zamknięciu szuflady, w dwóch pozostałych szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki,  b/ pojemnik na zużyte igły,  c/ wysuwany kosz na odpady,  d/ termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury.  e/ nad szafką uchwyt/podstawa do drukarki z mocowaniem zabezpieczającym przed wypadnięciem urządzenia i udźwigiem min 5kg, o wymiarach dla drukarki posiadanej przez zamawiającego marki HP Laser Jet M110WE.  f/ miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,  g/ 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, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od wezgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,  h/ przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. | | TAK | | |  | | |  | | |
|  | | 2.Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę)  a/ min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,  b/ jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,  c/ uchwyt na butlę tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at,  d/ uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,  e/ przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego  f/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. *Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym)*. Panel sterujący następującymi funkcjami  - sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),  - sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V,  - sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,  - załączanie intercomu,  - sterowanie głośnikiem radiotelefonu,  - regulacja głośności w głośnikach radioodtwarzacza. | | TAK | | | . | | |  | | |
|  | | 1. Zabudowa specjalna na ścianie lewej   a/ min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,  b/ pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),  c/ min. 2 przesuwne na szynach płyty do zamocowania dowolnego defibrylatora transportowego, dowolnej pompy infuzyjnej,  d/ na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,  e/ szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu  i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana podwójną roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne/ dopuszcza się montaż ssaka i kosza na śmieci poza roletą, dopuszcza się montaż kosza na śmieci przy półce z roletą na ścianie lewej  f) schowek na narkotyki zamykany zamkiem szyfrowym,  g) zabudowane nadkole z szafką zamykana roletą przy drzwiach tylnych,  h) lodówka termoelektryczna zamontowana w schowku zewnętrznym o pojemności min. 5 l | | TAK | | |  | | |  | | |
|  | | 4. Na lewej ścianie przy fotelu zamontowany duży plaski panel informacyjny o wymiarach min. 600x600 mm umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie/dopuszcza się panel na ścianie prawej | | TAK | | |  | | |  | | |
|  | | 5. System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym z dostępem tylko z przedziału medycznego.  system mocowania jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu, atest 10G (załączyć do oferty) | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie  uchwyt do pompy infuzyjnej Ascor AP14 zgodny z PN EN 1789 lub równoważną | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4. | | Centralna instalacja tlenowa:  a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze),  b) sufitowy punkt poboru tlenu, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego,  c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi,  d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,  e) konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Wzmocniona i wypełniona materiałem izolacyjnym o grubości min. 15 mm podłoga, umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. W podłodze zintegrowane wzmocnienia pod lawetę i fotele. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 6. | | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu | | TAK | | |  | | |  | | |
| 7. | | Uchwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom normy PN EN 1789 oraz jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu | | TAK | | |  | | |  | | |
| 8. | | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny 20 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 – 196,5 cm | | TAK | | |  | | |  | | |
| 9. | | System szyn podłogowych z przesuwnymi panelami umożliwiającymi szybką wymianę lawety w celu przystosowania ambulansu do transportu pacjentów na noszach bariatrycznych, system jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu | | **Parametr punktowany**  **TAK – 5 pkt**  **NIE – 0 pkt** | | |  | | |  | | |
| 1. **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | | | | | | | |
|  | | Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu | | TAK | | |  | | |  | | |
|  | | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | | TAK | | |  | | |  | | |
|  | | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu: | | TAK | | |  | | |  | | |
| a) dostrojona na zakres częstotliwości 168.900 Mhz, | | TAK | | |  | | |  | | |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm, | | TAK | | |  | | |  | | |
| c) współczynnik fali stojącej ≤ 1,0, | | TAK | | |  | | |  | | |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | | | | | |
| 1. | | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 2. | | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3. | | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło LED | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4. | | Trójkąt ostrzegawczy – 2 sztuki | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5. | | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 6. | | Kamera biegu wstecznego z wyświetlaczem w kabinie kierowcy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 7. | | Podnośnik samochodowy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 8. | | Komplet kluczy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 9. | | Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy do kół | | TAK | | |  | | |  | | |
| 1. **GWARANCJA** | | | | | | | | | |
| 1 | | Gwarancja mechaniczna – min. 24 miesięcy bez limitu km, od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy | | **Parametr punktowany**  **24 m-ce – 0 pkt.**  **48 m-cy – 10 pkt.** | | |  | | |  | | |
| 2 | | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące, od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 3 | | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy, od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy | | TAK | | |  | | |  | | |
| 4 | | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące, od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy | | **Parametr punktowany**  **24 m-ce – 0 pkt.**  **36 m-cy – 5 pkt** | | |  | | |  | | |
| 1. **SERWIS** | | | | | | | | | |
| 1 | | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki karetki. | | TAK | | |  | | | 24 m | | |
| 2 | | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie  z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | | TAK | | |  | | |  | | |
| 5 | | Reakcja serwisu zabudowy specjalnej sanitarnej na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu max. 72 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w siedzibie Zamawiającego w czasie nie dłuższym jak max.72 godziny od zgłoszenia. (wymóg minimalny) | | TAK - podać | | |  | | |  | | |
| 6 | | Gwarancja dostarczenia do siedziby Zamawiającego ambulansu zastępczego w ciągu max. 48 godzin, o parametrach równoważnych jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił min. 5 dni | | TAK - podać | | |  | | |  | | |

1. **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **NOSZE – 2 szt.** | | | | | | | | |
| Producent/marka: | | | | | | | | |
| Model: | | | | | | | | |
| rok produkcji – min. 2023r. (podać): | | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Parametr wymagany** | | | **Parametr wymagany, konieczny do spełnienia** | | | **Potwierdzenie spełnienia wymagań - Parametr oferowany – podać/opisać** |
| 1. | | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | | | TAK | | |  |
| 2. | | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | | | TAK | | |  |
| 3. | | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | | | TAK | | |  |
| 4. | | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 75 stopni. | | | TAK | | |  |
| 5. | | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | | | TAK | | |  |
| 6. | | Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące | | | TAK | | |  |
| 7. | | Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi. | | | TAK | | |  |
| 8. | | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia, umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | | | TAK | | |  |
| 9. | | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | | | TAK | | |  |
| 10. | | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. | | | TAK | | |  |
| 11. | | Obciążenie dopuszczalne min. 200 kg  (podać) | | | TAK (podać) | | |  |
| 12. | | Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce | | | TAK (podać) | | |  |
| 13. | | Najbliższy autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | | TAK (podać) | | |  |
| **II.** | | **TRANSPORTER NOSZY – 2 szt.** | | | | | | |
| Producent/marka: | | | | | | | | |
| Model: | | | | | | | | |
| rok produkcji – min. 2023r. (podać): | | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Parametr wymagany** | | | **Parametr wymagany, konieczny do spełnienia/ parametr punktowany** | | | **Potwierdzenie spełnienia wymagań - Parametr oferowany – podać/opisać** |
| 1. | | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę. | | | TAK | | |  |
| 2. | | Szybki, bezpieczny i łatwy system połączenia z noszami. | | | TAK | | |  |
| 3. | | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. | | | TAK | | |  |
| 4. | | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia | | |  | | |  |
| 5. | | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | | | TAK | | |  |
| 6. | | Wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce. | | | TAK | | |  |
| 7. | | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. | | | TAK | | |  |
| 8. | | Cztery główne uchwyty transportera | | | TAK | | |  |
| 9. | | Przyciski blokady goleni kodowane kolorami | | | TAK | | |  |
| 10. | | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera. | | | TAK | | |  |
| 11. | | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | | | TAK | | |  |
| 12. | | Obciążenie dopuszczalne transportera min. 200 kg. | | | TAK (podać) | | |  |
| 14. | | Waga transportera max 28 kg. | | | TAK | | |  |
| 14. | | Na oferowany system transportowy (nosze i transporter), deklaracja zgodności – dostarczyć przy dostawie. | | | TAK (podać) | | |  |
| 15. | | Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce | | | TAK (podać) | | |  |
| 16. | | Najbliższy autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | | Tak, podać | | |  |
| **IV. KRZESEŁKO KARIOLOGICZNE – 2 szt.** | | | | | | | | | | |
| Producent/marka: | | | | | | | | | | |
| Model: | | | | | | | | | | |
| rok produkcji – min. 2023r. (podać): | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | | | **Parametr wymagany, konieczny do spełnienia** | | | **Potwierdzenie spełnienia wymagań - Parametr oferowany – podać/opisać** | | |
| 1 | | - 4 koła w tym 2 skrętne,  - hamulce na kołach tylnych  - możliwość złożenia do transportu w ambulansie,  - wysuwane i blokowane rączki przednie w min. 3 zakresach,  - wysuwany i blokowany uchwyt ramy oparcia w min. 3 zakresach,  - udźwig min. 220 kg ,  - podpórka pod stopy pacjenta rozkładana  - 4 pasy poprzeczne + stabilizator głowy,  - dodatkowe rączki tylne blokowane po rozłożeniu,  - waga krzesełka max. 15 kg  - system płozowy ułatwiający sprowadzanie pacjenta po schodach  - krzesełko zgodne z Normą PN-EN 1865-4:2012 lub równoważną  - deklaracja zgodności CE, potwierdzenie spełnienia Normy PN-EN 1865-4:2012 lub równoważnej i karta katalogowa produktu– dokumenty załączyć przy dostawie. | | TAK (podać) | | |  | | | |
| 2 | | Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce | | TAK (podać) | | |  | | | |
| 3 | | Najbliższy autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | Tak, podać | | |  | | | |
| **V. DEFIBRYLATOR – 1 szt.** | | | | | | | | | | |
| Producent/marka: | | | | | | | | | | |
| Model: | | | | | | | | | | |
| rok produkcji – min. 2023r. (podać): | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | | | **Parametr wymagany, konieczny do spełnienia/ parametr punktowany** | | | **Potwierdzenie spełnienia wymagań - Parametr oferowany – podać/opisać** | | |
| 1 | Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem karetkowym. Wyposażony w osłony narożników urządzenia, wzmocnione złącza przewodów, odporność na uderzenia, wstrząsy i drgania. | | Tak | | |  | | | |
| 2 | | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci | | Tak | | |  | | | |
| 3 | | Ładowanie akumulatorów za pomocą ładowarki dwustanowiskowej | | Tak | | |  | | | |
| 4 | | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | | Tak | | |  | | | |
| 5 | | Ciężar defibrylatora w kg: | | Tak, podać | | |  | | | |
| 6 | | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | | Tak | | |  | | | |
| 7 | | Stopień ochrony min IP 44 | | Tak | | |  | | | |
| 8 | | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | | Tak | | |  | | | |
| 9 | | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | | Tak | | |  | | | |
| 10 | | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | | Tak | | |  | | | |
| 11 | | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360 J | | Tak | | |  | | | |
| 12 | | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | | Tak, podać | | |  | | | |
| 13 | | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | | Tak | | |  | | | |
| 14 | | Defibrylacja przez łyżki i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | | Tak | | |  | | | |
| 15 | | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia. | | Tak | | |  | | | |
| 16 | | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | | Tak | | |  | | | |
| 17 | | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | | Tak | | |  | | | |
| 18 | | Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA | | Tak | | |  | | | |
| 19 | | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | | Tak | | |  | | | |
| 20 | | Kardiowersja synchronizowana | | Tak | | |  | | | |
| 21 | | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | | Tak | | |  | | | |
| 22 | | Alarmy częstości akcji serca | | Tak | | |  | | | |
| 23 | | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | | Tak | | |  | | | |
| 24 | | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | | Tak | | |  | | | |
| 25 | | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | | Tak | | |  | | | |
| 26 | | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”, powłoką podwójną odporną na zarysowania, i MENU w języku polskim | | Tak, podać | | |  | | | |
| 27 | | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm. | | Tak, podać | | |  | | | |
| 28 | | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | | Tak | | |  | | | |
| 29 | | Transmisja danych przez modem 3G do istniejących stacji odbiorczych w pracowniach kardiologii inwazyjnej w Bydgoszczy, Gnieźnie, Inowrocławiu. KARTA SIM po stronie zamawiającego. | | Tak, podać | | |  | | | |
| 30 | | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips. | | Tak | | |  | | | |
| 31 | | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | | Tak | | |  | | | |
| 32 | | Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika. | | Tak | | |  | | | |
| 33 | | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | | Tak | | |  | | | |
| 34 | | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączjąc dni wolne ustawowo od pracy. | | Tak | | |  | | | |
| 35 | | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia | | Tak | | |  | | | |
| 36 | | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | | Tak | | |  | | | |
| 37 | | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | | TAK | | |  | | | |
| 38 | | Najbliższy autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | Tak, podać | | |  | | | |
| 39 | | Adres najbliższego serwisu | | Tak, podać | | |  | | | |
| 40 | | Numer telefonu, faksu, adres e-mail na który mają być zgłaszane awarie | | Tak, podać | | |  | | | |
| 41 | | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | | Tak | | |  | | | |
| 42 | | Szkolenie obsługi z zakresu użytkowania oraz min. 2 osoby z działu technicznego – z obsługi technicznej | | Tak | | |  | | | |
| 43 | | Serwis pogwarancyjny | | TAK/NIE | | |  | | | |
| 44 | | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | | Tak | | |  | | | |
|  | | Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce | | TAK (podać) | | |  | | | |

**UWAGA:**

* + - 1. Wszystkie parametry minimalne w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty
      2. Parametry punktowane – będą uwzględnione w ocenie ofert( kryterium parametry techniczne oraz kryterium okres gwarancji)
      3. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabeli.
      4. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

Podpis kwalifikowany osoby upoważnionej