|  |
| --- |
| 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** **prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego****na podstawie art. 132 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych****na realizację zadania pod nazwą:****ZAKUP 3 POJAZDÓW SPECJALNYCH – AMBULANSÓW DROGOWYCH TYPU B WRAZ Z WYPOSAŻENIEM****[Nr postępowania: SPRiTS.T.262.1.2022]** |

**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 3 POJAZDÓW SPECJALNYCH – AMBULANSÓW DROGOWYCH TYPU B WRAZ Z WYPOSAŻENIEM** |
| **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 wyżej wymienionych postanowień umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Rozdziale VII SWK.
6. Firma, którą reprezentuję, w rozumieniu przepisów art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 162) 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 2020 r. poz. 1913 z późn. zm.). 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.

**Ambulans sanitarny typ B – 3 szt.**

Pojazd kompletny, Marka/Typ/Oznaczenie handlowe (zgodne ze świadectwem homologacji): ……………………………..

Rok produkcji min. 2021r. (podać): ………………………..

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

Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka/Typ/Oznaczenie handlowe (zgodne ze świadectwem homologacji): ………………………………….

Rok produkcji min. 2021r. (podać): …………………………

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane warunki (parametry) dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej  | Warunek granicznyi parametry oceniane | Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej.podać, opisać, TAK/NIE  |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. | 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 |  |
| Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym obejmującymi całe powierzchnie łącznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia - parametr dodatkowo punktowany | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| DMC do 3,5t | TAK |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. | TAK |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy i pasażera, z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera. W kabinie kierowcy zamontowana stacja dokująca ADK07F w dedykowanym uchwycie do tabletu Twinhead Durabook R-11 z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kabiny kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z panelu sterującego umieszczonego w środkowej części 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.Instalacja anten zewnętrznych GPS/GSM do stacji dokującej.Zainstalowany moduł lokalizacji pojazdu wraz z anteną zewnętrzną GPS/GSM współpracujący z systemem SWDPRM o parametrach min. FM3300 Teltonika lub rownoważny. | TAK |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) | TAK |  |
| Furgon - lakier w kolorze żółtym | TAK |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. | TAK |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,00m - parametr dodatkowo punktowany | TAK (określić)3,00 m – 0 pkt.od 3,01 m do 3,19 m – 2 pkt. 3,20 i powyżej – 5 pkt. |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70m | TAK |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi,  | TAK |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. Z elektrycznym wspomaganiem ich domykania (rozwiązanie fabryczne objęte gwarancją pojazdu bazowego).Elektryczne wspomaganie drzwi lewych: - parametr dodatkowo punktowany | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | TAK |  |
| 10. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,60 m - parametr dodatkowo punktowany |  TAK (określić)1,60 m – 0 pkt. od 1,61 m do 1,79 m – 2 pkt.1,80 m i powyżej – 5 pkt. |  |
| 11. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | TAK |  |
| 12. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. Z elektrycznym wspomaganiem ich domykania (rozwiązanie fabryczne objęte gwarancją pojazdu bazowego). Elektryczne wspomaganie drzwi lewych: - parametr dodatkowo punktowany | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:- 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,- 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 |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne  | TAK |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową, | TAK |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. niewystający poza obrys nadwozia i niezmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową. | TAK |  |
| 17. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 18. | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | TAK |  |
| 19. | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane.  | TAK |  |
| 20. | Zestaw naprawczy do uszkodzonych opon. | TAK |  |
| 22. | Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania sie ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe. | TAK |  |
| 24. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. | TAK |  |
| 25. | Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 15l | TAK |  |
| 26. | Kamera biegu wstecznego z obrazem wyświetlanym w lusterku wstecznym | TAK |  |
| 27. | Instalacja elektryczna przedziału medycznego podłączona poprzez dedykowany moduł pojazdu bazowego typu PSM, KFG itp.(technologia CAN bus). | TAK |  |
| 28. | 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 |  |
| 29. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Panel umieszczony w centralnej środkowej części kokpitu kierowcy, sterujący następującymi funkcjami: (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym). | TAK |  |
| sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze), | TAK |  |
| sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika, | TAK |  |
| sterowanie układem klimatyzacji, | TAK |  |
| sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów, | TAK |  |
| sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową niskotonową, | TAK |  |
| sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym, | TAK |  |
| funkcja SERWIS, powiadamiająca o zbliżającym się terminie przeglądu zabudowy. | TAK |  |
| możliwość załączania przetwornicy prądu 12/230V  | TAK |  |
| możliwość załączania intercomu | TAK |  |
| dwustopniowe podświetlenie przycisków I stopień dla funkcji niezałączonej, II stopień dla funkcji załączonej | TAK |  |
| miernik zużycia paliwa dla ogrzewania niezależnego od pracy silnika | TAK |  |
|  | graficzne monitorowanie pracy powietrznego ogrzewania przedziału medycznego niezależnego od pracy silnika | TAK |  |
|  | sygnalizacja graficzna wysuniętego stopnia wejściowego | TAK |  |
| II. | 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. 2000 cm³. | TAK |  |
| 3. | Silnik o mocy min. 160 KM.  | TAK |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 360 Nm. | TAK |  |
| 5. | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6 | TAK |  |
| III. | ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | TAK |  |
| 3. | Napęd na koła przednie lub tylne. | TAK |  |
| IV. | UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | TAK |  |
| 2. | 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), przednie i tylne wentylowane. | 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. | TAK |  |
| 8. | System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny - parametr dodatkowo punktowany. | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 9. | System wspomagania ruszania pod górę. | TAK |  |
| V. | ZAWIESZENIE |
| 1. | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać 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 |  |
| VI. | UKŁAD KIEROWNICZY  |
| 1. | Ze wspomaganiem. Kierownica regulowana w dwóch płaszczyznach niezależnie tzn. góra-dół i przód tył. | TAK |  |
| VII. | 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. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| 5. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 350 mm x 350 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę. | TAK |  |
| VIII. | 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 sile elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A. | TAK |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A.Wartość prądu alternatora jako parametr dodatkowo punktowany po spełnieniu określonego minimum. | TAK (określić)180 A - 0 pkt.Największa wartość – 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | TAK |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 Vb) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznymd) zabezpieczenie przeciwporażeniowee) przewód zasilający min 10m. | TAK |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | TAK |  |
| 7. | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | TAK |  |
| 8. |  Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym typu Lexel (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,- gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | TAK |  |
| 9. | 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 |  |
| 10. | Interkom umożliwiający łączność przedziału medycznego z kabiną kierowcy | TAK |  |
| IX. | SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu   pojazdu   z modułami   LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK |  |
| 2. | Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem umieszczona w tylnej części dachu    pojazdu   z   modułami LED koloru niebieskiego,  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 18.10.2010 r.:a/ 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonane z folii:- typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, - typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),b/ nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;c/ po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej: „P” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d/ na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta ZRM: e/ oznaczenie kodu zespołu w systemie PRM (do uzgodnienia). | TAK |  |
| X. | OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej: | TAK |  |
| 1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych LED, z funkcja 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 |  |
| XI. |  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 (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):a/ szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. trzy szuflady: w jednej szufladzie system mocowania drukarki systemu PRM SWD z instalacją zasilającą i połaczeniową 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/ 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, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od węzgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,g/ 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 – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):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 butlą 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 medycznegof/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Sterujący następującymi funkcjami (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym).: - 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 |  |
| 3/ 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+A2:2015-01 lub normy PN EN 1789+A1:2011 pod warunkiem, że pojazd został zabudowany przez producenta, któremu jednostka certyfikująca przyznała uprzednio certyfikat wg wymagań PN EN 1789+A1:2011 i certyfikat ten nadal jest aktualny lub innej normy równoważnej tj. odpowiadającej treści normy PN EN 1789+A2:2015-01 w tym zakresie, oraz jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - parametr dodatkowo punktowany.  | TAK/NIETAK - 15 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 4/ Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):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.f) schowek na narkotyki zamykany zamkiem szyfrowym,g) zabudowane nadkole z szafką zamykana roletą przy drzwiach tylnych, | TAK |  |
| 5/ 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.  | TAK |  |
| 6/ System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej.W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - atest 10G; miejsce mocowania tj. w przedziale medycznym jako parametr dodatkowo punktowany.  | TAK/NIE (podać miejsce mocowania) – w przypadku mocowania w przedziale medycznym podać, czy jest całopojazdowa homologacja – atest 10G:TAK - 10 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | 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 |  |
| 6. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 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 - 195 cm, (podać markę i model). | TAK |  |
| 7. | 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 ambulansu - parametr dodatkowo punktowany | TAK/NIETAK - 15 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 8. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. W podłodze zintegrowane wzmocnienia pod lawetę i fotele. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 9. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | TAK |  |
| XII. | 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 |  |
| XIII. |  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, komplet kluczy, podnośnik samochodowy, koło zapasowe. | TAK |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
| 6. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| 7. | Zamontowane w przedziale medycznym uchwyt do:- pompy infuzyjnej Ascor AP14, | TAK |  |
| XIV. | SERWIS |
| 1. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu  | TAK |  |
| 2. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| 3. | Reakcja serwisu zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu 72 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w czasie nie dłuższym jak 72 godziny od zgłoszenia (wymóg minimalny).„Czas reakcji serwisu gwarancyjnego zabudowy specjalnej“ sanitarnej stanowi odrębne kryterium oceny ofert (kryterium nr 3) przy spełnieniu określonego minimum. | TAK (podać ilość godzin) |  |
| 4. | Gwarancja dostarczenia w ciągu max. 72 godzin do siedziby Zamawiającego ambulansu zastępczego spełniającego wymagania ambulansu min. typu B, jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił minimum 5 dni. (podać z dokładnością do 1 godziny)- parametr dodatkowo punktowany. | TAK(podać ilość godzin)- najkrótszy czas dostarczenia ambulansu zastępczego 10 pkt. – pozostałe proporcjonalnie |  |
| XV. | GWARANCJA |
| 1. | Gwarancja mechaniczna na ambulans - min. 24 miesiące (bez limitu km). | TAK (określić ilość miesięcy) |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. | TAK (określić ilość miesięcy) |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy. | TAK (określić ilość miesięcy) |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. Parametr dodatkowo punktowany | TAK (określić ilość miesięcy)24 m-ce - 0 pkt.Największa wartość – 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |  |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące. | TAK (określić ilość miesięcy) |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymagane warunki (parametry)** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry** **podać, opisać, TAK/NIE** |
| **NOSZE GLÓWNE**  | **Podać producenta i model** |
| 1. Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji.
 |  |
| 1. Z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp., przystosowanym do mycia i dezynfekcji.
 |  |
| 1. Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha ręcznie oraz pozycji siedzącej
 |  |
| Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75 stopni.  |  |
| 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. |  |
| Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający przedłużenie powierzchni leża w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście.  |  |
| Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane barierki boczne. |  |
| 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 min. 15 kg. |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy min. 250 kg  |  |
|  Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865  |  |
| Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu max. 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. |  |
| Czas naprawy maksymalnie do max. 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. |  |
| W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązuje się do wymiany wadliwy elementu zamówienia na nowy. |  |
| **TRANSPORTER NOSZY GŁOWNYCH** | **Podać producenta i model** |
| 1. Z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu.
 |  |
| 1. Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami.
 |  |
| Regulacja wysokości na sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane sprężynami gazowymi.  |  |
| 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.  |  |
| 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.  |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia).  |  |
| 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). |  |
| Transporter ma umożliwiać prowadzenie noszy w bok do kierunku jazdy. |  |
| Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych. |  |
|  Transporter posiada 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.  |  |
|  Transporter ma mieć możliwość automatycznej blokady goleni w pozycji złożonej (niewymagającej od użytkownika wykonania żadnych czynności tj. Wciskania przycisków zwalniania blokad) oraz możliwość przenoszenia ze złożonymi goleniami.  |  |
|  Obciążenie dopuszczalne transportera min. 250 kg  |  |
|  Waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865  |  |
|  Transporter zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału. |  |
| Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789 lub równoważnej.  |  |
| System mocowania transportera na podstawie zgodny z wymogami PN EN 1789 lub równoważnej |  |
| 1. Okres gwarancji 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu.
 |  |
| 1. Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie.
 |  |
| 1. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.
 |  |
| 1. Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe).
 |  |
| **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH** | **Podać producenta i model** |
| 1. Deska wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego.
 |  |
| 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. |  |
| Stabilizator głowy:- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski. |  |
| 4. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DZIECI** | **Podać producenta i model** |
| 1. Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci.
 |  |
| 1. Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, przepuszczalna dla promieni X.
 |  |
| Kompatybilna ze stabilizatorem głowy klockowym. |  |
| Stabilizator głowy: - system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych, - podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski. |  |
| 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. |  |
| 10. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **SZYNY KRAMERA** | **Podać producenta i model** |
| 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.
 |  |
| 1. Torba transportowa w zestawie.
 |  |
| 3. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **SSAK AKUMULATOROWY** | **Podać producenta i model** |
| 1. Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do 85 kPa.
 |  |
| 1. Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie.
 |  |
| Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości 1 litr. |  |
| Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy. |  |
| Maksymalny przepływ min. 30 l/minutę. |  |
|  Zasilanie akumulatorowe zapewniające min. 40 minut pracy. |  |
|  Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu ssaka. |  |
| 8. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **PULSOKSYMETR** | **Podać producenta i model** |
| 1. Przeznaczony do kontrolnych pomiarów SpO2 u dorosłych i dzieci powyżej 3 lat.
 |  |
| 1. Cyfrowy wyświetlacz wartości pulsu, SpO2 oraz jakości sygnału.
 |  |
| Min. 6 różnych możliwości pomiaru. |  |
| Zakres pomiaru SpO2: 70-99 %. |  |
| Zakres pomiaru pulsu: 30-235 bmp. |  |
| Zasilanie bateryjne 2xAAA  |  |
| W komplecie bateria, zawieszka oraz etui ochronne. |  |
| 9. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **PLECAK RATUNKOWY – 2 szt.** | **Podać producenta i model** |
| 1. Wykonany z materiału umożliwiającego mycie i dezynfekcję.
 |  |
| 1. Wymiary min. 52 cm x 54 cm x 25 cm +/- 5 %.
 |  |
| 1. Objętość 55 l
 |  |
| Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy. |  |
| Wyposażony w min. 5 zewnętrznych kieszeni  |  |
| Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. Dodatkowo min.5 saszetek umożliwiających podgląd zawartości bez otwierania, |  |
| Wyposażony w ampularium na min. 60 ampułek.  |  |
| 7. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE** | **Podać producenta i model** |
| 1. Siedzisko i oparcie krzesełka wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa.
 |  |
| 1. Wyposażone w 4 kółka, 2 obrotowe wyposażone w hamulce.
 |  |
| 2 pasy bezpieczeństwa o regulowanej długości z szybkozłączami. |  |
| 2 pary rączek tylnych posiadających funkcję opuszczania do dołu. |  |
| Wydłużane teleskopowo rączki przednie. Podpórka pod nogi pacjenta. |  |
| Szerokość min. 50 cm. Nośność min. 160 kg  |  |
| Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu. |  |
| 9. Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |
| **RESPIRATOR TRANSPORTOWY** | **Podać producenta i model** |
| 1. Respirator transportowy, przenośny, odporny na drgania i wstrząsy, zasilanie, sterowanie pracą oraz alarmami wyłącznie pneumatyczne – z przenośnego lub stacjonarnego źródła sprężonego tlenu.
 |  |
| Respirator umożliwiający wentylację pacjentów od ok. 5 kg masy ciała. |  |
| Maksymalna waga samego urządzenie – ok. 2,9 kg. |  |
| Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa.  |  |
| Tryb wentylacji IPPV/CMV. |  |
| Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej. |  |
| Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – 3 cm H2O. |  |
|  Wentylacja bierna 100% tlenem – oddech spontaniczny na żądanie z przepływem zależnym od podciśnienia (integralna funkcja respiratora) |  |
|  Wentylacja manualna z możliwością prowadzenia RKO.  |  |
|  Respirator z niezależną regulacją częstości i objętości oddechowej. |  |
|  Regulacja częstości oddechów z zakresie nie mniejszym niż 8 – 40 oddechów/minutę. |  |
|  Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50 - 1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/minutę). |  |
|  Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O. |  |
|  Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV: 100% i 60%. |  |
|  Manometr ciśnienia w układzie pacjenta. |  |
|  CPAP płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H20 jako integralna część respiratora. |  |
|  Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H20 – PEEP – jako integralna część respiratora lub dodatkowy moduł. |  |
|  Alarmy:- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta - niskiego ciśnienia gazu zasilającego. |  |
|  Przepływ gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym 6-42 l/min. |  |
|  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. |  |
|  Transportowy zestaw tlenowy zawierający:- butlę aluminiową na tlen medyczny o pojemności 2,7 l,- reduktor z przepływomierzem 0-25 l/min 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. |  |
| Uchwyt ścienny mocujący respirator w ambulansie zgodnym z wymogami polskiej normy PN EN 1789. |  |
| 25. Okres gwarancji 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. |  |

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.