**ZP/9/19/W Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ MINIMALNYCH PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**ORAZ PARAMETRÓW PUNKTOWANYCH**

**(Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia)**

Etap I:

Pojazd do adaptacji na ambulans typu C. Wyposażenie (posiadające deklarację CE zgodnie z przepisami prawa polskiego potwierdzające zgodność elementów zabudowy medycznej z wymogami normy aktualnej PN EN 1789+A2 w zakresie ambulansu typu C oraz zgodność wyposażenia medycznego z aktualną normą  PN EN 1865).

Etap II:Adaptacja wyposażenia elementów zabudowy w pojeździe bazowym celem uzyskania ambulansu typu C

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ETAP I** |  |  |
|  | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **POJAZD DO ADAPTACJI** |  |  |
| 1 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
| 2 | **model / typ** | **Tak/podać** |   |
| 3 | **rok produkcji - 2019** | **Tak/podać** |   |
| 4 | **NADWOZIE** |  |   |
| 5 | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. | **Tak/podać** |   |
| 6 | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego. | **Tak/podać** |  |
| 7 | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, wysokie (otwór drzwiowy min. 175 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego. - ***opcja punktowana:*** * **bez elektrycznego domykania drzwi bocznych - 0 pkt,**
* **z elektrycznym domykaniem drzwi bocznych - 1 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 8 | Drzwi boczne lewe przesuwne do tyłu.- ***opcja punktowana:*** * **bez elektrycznego domykania drzwi bocznych - 0 pkt,**
* **z elektrycznym domykaniem drzwi bocznych - 1 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 9 | Drzwi tylne dwuskrzydłowe, wysokie (otwór drzwiowy min. 180 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o | **Tak/podać** |   |
| 10 | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny | **Tak/podać** |   |
| 11 | Stopień wejściowy (boczny przy prawych drzwiach przesuwnych) do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie chowany / wysuwany przy zamykaniu / otwieraniu drzwi przesuwnych | **Tak/podać** |   |
| 12 | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu | **Tak/podać** |   |
| 13 | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | **Tak/podać** |  |
| 14 | Kolor fabryczny żółty (RAL1216 lub 1016) lub kolor biały***opcja punktowana:*** * **kolor biały (fabryczny)  - 0 pkt,**
* **kolor żółty (fabryczny) - 2 pkt.**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 15 | **SILNIK** |  |   |
| 16 |  Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa CommonRail z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch zimnego silnika, o pojemności min. 1900 cm3- ***opcja punktowana:*** * **pojemność silnika 1900 cm3 do 2100 cm3 - 0 pkt,**
* **pojemność silnika powyżej 2101 cm3 - 1 pkt**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 17 | Moc silnika min. 120 KW. | **Tak/podać** |   |
| 18 | Silnik spełniający obecnie obowiązujące przepisy norm spalin  | **Tak/podać** |   |
| 19 | System wskazujący czas/przebieg do następnego przeglądu serwisowego dostępny dla użytkownika przez cały okres eksploatacji pojazdu | **Tak/podać** |  |
| 20 | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** |  |   |
| 21 | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. sześciobiegowa + bieg wsteczny lub automatyczna z możliwością manualnej redukcji biegów. | **Tak/podać** |  |
| 22 | Napęd na koła przednie lub tylne | **Tak/podać** |   |
| 23 | **ZAWIESZENIE** |  |   |
| 24 | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy transport pacjenta. | **Tak/podać** |   |
| 25 | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |   |
| 26 | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania | **Tak/podać** |   |
| 27 | System wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA | **Tak/podać** |   |
| 28 | System ABS zapobiegający blokadzie kół w trakcie hamowania | **Tak/podać** |   |
| 29 | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy np. ESP | **Tak/podać** |   |
| 30 | System zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | **Tak/podać** |   |
| 31 | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | **Tak/podać** |   |
| 32 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
| 33 | Alternator o wydajności min. 185 A- ***opcja punktowana:*** * **Moc alternatora 185 A do 219 A – 0 pkt.**
* **Moc alternatora 220 A i więcej – 2 pkt.**
 | **Tak/podać** |   Uwaga: opcja punktowana ! |
| 34 | Min. dwa akumulatory głębokiego rozładowania o pojemności min. 90 Ah (w przypadku, gdy pojazd wyposażony jest w fabryczny akumulator typu kwasowego wykonawca zamiennie oferuje akumulator żelowy) | **Tak/podać** |  |
| 35 | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |   |
| 36 | Elementy sterowania na panelu i sterownikach w języku Polskim | **Tak/podać** |  |
| 37 | Min. czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | **Tak/podać** |  |
| 38 | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |
| 39 | Regulowana kolumna kierownicy | **Tak/podać** |   |
| 40 | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | **Tak/podać** |   |
| 41 | Klimatyzacja kabiny kierowcy | **Tak/podać** |   |
| 42 | Kamera cofania z wyświetlaczem min. 4,5” lub w lusterku wstecznym | **Tak/podać** |   |
| 43 | Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy | **Tak/podać** |   |
| 44 | Dodatkowy komplet kół zimowych na felgach stalowych | **Tak/podać** |   |
| 45 | **Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny zgodnie z aktualną PNEN 1789+A2** |  |   |
| 46 | Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym Załączniku do SIWZ) musi posiadać przeprowadzone badania wyszczególnione w Załączniku C do normy PN-EN 1789+A2. (Zwraca się uwagę na fakt, że badania układów podtrzymujących i zamocowań 4.5.9/5.3 wykonuje jednostka notyfikowana)Załączyć do oferty sprawozdanie z badań dynamicznych oferowanej zabudowy specjalnej wystawione przez niezależną jednostkę badawczą. Załączyć do oferty schematy oferowanej zabudowy, potwierdzone przez jednostkę badawczą.Załączyć do oferty Świadectwo Zgodności WE oferowanego pojazdu (dotyczy 2 etapu)  | **Tak/podać** |   |
| 47 | **NADWOZIE** |  |   |
| 48 | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3000 x 1700 x 1800 ***opcja punktowana:*** * **długość 3000 do 3250 - 0 pkt,**
* **długość 3251 i więcej - 2 pkt**
 | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! |
| 49 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, z miejscem mocowania krzesełka transportowego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego, deski ortopedycznej dla dorosłych i dzieci, kamizelki KED, szyn typu Kramer, trzech kasków wraz z kaskami. Od strony schowka ma być zapewniony dostęp do plecaka/torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym ( tak zwany dostęp do plecaka/torby z przedziału medycznego i zewnątrz pojazdu). Zamawiający może dopuścić inne rozmieszczenie sprzętu po konsultacji z producentem ambulansu)  | **Tak/podać** |   |
| 50 | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |   |
| 51 | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W | **Tak/podać** |   |
| 52 | Dodatkowy niezależny od pracy silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 KW. | **Tak/podać** |   |
| 53 | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego.  | **Tak/podać** |   |
| 54 | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa). Wymagany dostęp i instrukcja przeprowadzenia dezynfekcji (odgrzybiania)klimatyzacji dodatkowej. | **Tak/podać** |   |
| 56 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
| 57 | Instalacja elektryczna 230 V:  - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka) - min. 3 gniazda 230 V w przedziale medycznym w tym jedno przy drukarce - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. | **Tak/Podać** |   |
| 58 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie zainstalowanych akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  | **Tak/podać** |   |
| 59 | Przetwornica 12V/230V o mocy min. 1000W, charakterystyka sinusoidalna, zasilanie po przetwornicy dostępne we wszystkich gniazdach 230V, przełączanie odbywa się w sposób automatyczny. | **Tak/podać** |  |
| 60 | Wizualna sygnalizacja informująca o połączeniu ambulansu do sieci 230V | **Tak/podać** |   |
| 61 | Instalacja elektryczna 12V:  - min. 6 gniazd 12 V w przedziale medycznym (w tym dwa 20A), do podłączenia urządzeń medycznych (miejsce lokalizacji do uzgodnienia po podpisaniu umowy),  - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki. | **Tak/podać** |   |
| 62 | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |   |
| 63 | W przedniej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w kolorze niebieskim o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
| 64 | Pojazd wyposażony w modulator min. 180W (2 głośniki zamontowane w pasie przednim) przystosowany do podawania komunikatów głosowych. Sterowanie modulatorem przy pomocy pilota dedykowanego do niego oraz klaksonu pojazdu. | **Tak/podać** |   |
| 65 | Na wysokości podszybia lub w pasie przednim cztery niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED | **Tak/Podać** |   |
| 66 | W tylnej części dachu pojedyncza lampa niebieska tupu LED o wysokości bez zestawu montażowego max. 100 mm (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
| 67 | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu ww. drzwi | **Tak/podać** |   |
| 68 | Oznakowanie pojazdu w 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii: a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) - z przodu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r , - po obu bokach i na tylnych drzwiach pojazdu nadruk barwy czerwonej z literą S wpisaną w okrąg pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r,- nazwy dysponenta jednostki umieszczony po obu bokach pojazdu.Dodatkowo trzy aplikacje foliowe o wymiarach 210 mm x 297 mm, po jednej na każdym z boków i jedną z tyłu pojazdu (wzór zostanie dostarczony na etapie realizacji Etapu II) | **Tak/podać** |   |
| 69 | Reflektory zewnętrzne typu LED z tyłu i po bokach, po dwa z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 20 km/h. | **Tak/Podać** |   |
| 70 | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej– podać markę i model. | **Tak/podać** |   |
| 71 | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |   |   |
| 72 | So montażu w kabinie kierowcy stacja dokująca do tabletu Duradook na uchwycie RAM MOUNT wraz z tabletem Durabook R11AH lub rozwiązanie równoważne oraz zestaw zasilający stację dokującą z zasilaczem samochodowym. Załączyć do oferty dokument potwierdzający pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny przez notyfikowaną jednostkę badawczą, oferowanego systemu SWDPRM, przeprowadzony na oferowanej marce. | **Tak/Podać** |   |
| 73 | W kabinie kierowcy radiotelefon przewoźny cyfrowy DMR / GPS MOTOTRBO™ serii 4601e.  | **Tak/Podać** |   |
| 74 | W kabinie kierowcy moduł GPS Teltonika FM3300 z antenami zamocowanymi wewnątrz kabiny (szybie, podszybiu) ) lub inne rozwiązanie podłączenia anten | **Tak/Podać** |   |
| 75 | Do montażu w przedziale medycznym uchwyt do drukarki HP OfficeJet 200 Mobile Printer z zasilaczem samochodowym i drukarką HP OfficeJet 200 Mobile Printer i baterią + gniazdo (zapalniczkowe) zasilające 12 V. Załączyć do oferty dokument potwierdzający pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny przez notyfikowaną jednostkę badawczą, oferowanego systemu SWDPRM, przeprowadzony na oferowanej Marce, lub umieszczenie drukarki w górnej szufladzie przystosowanej do montażu drukarki SWDPRM, wyposażonej w system mocowania. Rozwiązanie będące elementem pozytywnie przeprowadzonego testu dynamicznego. ***opcja punktowana:*** * **drukarka zamocowana w górnej szufladzie – 2 pkt,**
* **zamocowany uchwyt do drukarki na półce – 0 pkt.**
 | **Tak/Podać** |   Uwaga: opcja punktowana ! |
| 76 | Na dachu pojazdu anteny zewnętrzne rozmieszczone prostopadle do osi wzdłużnej pojazdu spełniające następujące wymogi: - pierwsza antena nadawczo-odbiorcza VHF zakres częstotliwości -168-170 MHz, współczynnik fali stojącej -1,6, polaryzacja pionowa, charakterystyka promieniowania –dookólna, odporność na działanie wiatru 55 m/s podłączona do radiotelefonu- druga antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do radiotelefonu- trzecia antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do stacji dokującej dla tabletu Duradook- czwarta antena GSM/DCS/UMTS (wtyk: SMA) min. 5dBi i max długości 29 cm podłączona do stacji dokującej dla tabletu Duradook lub innego. Lub rozwiązanie równoważne zatwierdzone przez zamawiającego. | **Tak/Podać** |   |
| 77 | W kabinie kierowców dodatkowe dwa gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V pozwalające na zasilanie nawigacji, ładowanie telefonu komórkowego itp. | **Tak/podać** |   |
| 78 | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
| 79 | Sufitowe oświetlenie rozproszone realizowane przez lampy typu LED w naturalnym kolorze. | **Tak/podać** |   |
| 80 | Nad noszami, co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne ze światłem skupionym emitowanym przez lampy typu LED (lampy z regulacją kąta padania światła). | **Tak/Podać** |   |
| 81 | Oświetlenie punktowe blatu roboczego typu LED. | **Tak/podać** |   |
| 82 | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
| 83 | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **Tak/podać** |   |
| 84 | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym  | **Tak/podać** |  |
| 85 | Na prawej ścianie min. jeden fotel obrotowy wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa, podłokietniki, (co najmniej z lewej strony) i zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Podać markę i model oferowanego fotela.  | **Tak/podać** |   |
| 86 | Fotel obrotowy u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) z systemem przesuwu usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa. Podać markę i model oferowanego fotela. | **Tak/Podać** |   |
| 87 | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwane (minimalne wymiary przejścia: wysokość przejścia min. 175cm, szerokość przejścia min. 40 cm) spełniające normę PN EN 1789+A2.***opcja punktowana:*** * **wysokość drzwi w ścianie działowej 1650 mm do 1750mm – 0 pkt,**
* **wysokość drzwi w ścianie działowej 1751mm i więcej – 1 pkt,**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 88 | Zabudowa przedziału medycznego wykonana z tworzywa sztucznego- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów. Miejsce mocowania torby oraz , plecaka medycznego- półki podsufitowe (na ścianie lewej i prawej) z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty- miejsce mocowanie, co najmniej trzech pudełek na rękawiczki jednorazowe- przy ścianie działowej szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną oraz z co najmniej trzema szufladami- zabudowany kosz na odpadki- zabudowany pojemnik na zużyte igły, strzykawki Zamawiający wymaga możliwości montażu sprzętu medycznego na lewej ścianie do przesuwnych paneli, umożliwiających przesuw sprzętu oraz zablokowanie w wybranej pozycji. Min. 5 szt. paneli pod defibrylator, respirator, pompy infuzyjne ładowarki, itp.Do oferty należy dołączyć schemat oferowanej zabudowy medycznej.Załączyć do oferty sprawozdanie z badań dynamicznych oferowanej zabudowy specjalnej wystawione przez niezależną jednostkę badawczą. Załączyć do oferty schematy oferowanej zabudowy, potwierdzone przez jednostkę badawczą. | **Tak/Podać** |   |
| 89 | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | **Tak/Podać** |   |
| 90 | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **Tak/podać** |   |
| 91 | Centralna instalacja tlenowa: - wyposażona w min 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego oraz 1 gniazdo w suficie- 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami butlowymi i szybkozłączką AGA (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy).- konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów  reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony- konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. - 2 szt. butli tlenowych 2 l lub 2,7 l z reduktorami butlowymi  z przepływomierzem i szbkozłączką AGA (konstrukcja reduktora  umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy) zamontowane wewnątrz przedziału medycznego w specjalnie uchwycie zamontowanym na lewej lub prawej ścianie,- instalacja wyposażona w przepływomierz obrotowy o przepływie od 0 do 15L/min bez nawilżacza | **Tak/podać** |   |
| 92 | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności).Zamawiający nie dopuszcza lawety, w której zwolnienie mechanizmu jej wysuwu odbywa się za pomocą linki. | **Tak/podać** |   |
| 93 | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych | **Tak/podać** |   |
| 94 | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |   |
| 95 | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa - oświetlenie ostrzegawcze- gaśnicę,- panel: * sterujący oświetleniem przedziału medycznego,
* sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału

medycznego,* sterujący oświetleniem zewnętrznym tzw. roboczym oprócz

sterowania na słupku drzwi tylnych | **Tak/podać** |   |
| 96 | Kabina kierowcy ma być wyposażona w: - radio z nawigacją o wyświetlaczu min. 7” (dopuszczalna nawigacja 7” niezintegrowana z radiem),- panel sterujący         informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych,         informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia,  pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V,         informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia  pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy,        informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego, - przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania  w ambulansie, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym 2 godziny (przy maksymalnym natężeniu światła), natężenie światła min. 300 lm,  klasa odporności min. IP 65, waga do 300 gr., wyposażony w stojak  oraz ładowarkę 12V i 230V (podać markę i model). | **Tak/podać** |   |
| 97 | Gwarancja mechaniczna na pojazd min. 48 m-cy, Zamawiający dopuszcza limit 240 tyś km.Gwarancja na powłoki lakiernicze pojazdu min. 24 m-cy.Gwarancja na perforację nadwozia pojazdu min. 120 m-cy.Gwarancja na przedział medyczny (zabudowa medyczna i sprzęt towarzyszący) 24 m-ce. | **Tak/Podać** |   |
| 98 | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. tel. lub mailem). | **Tak/Podać** |   |
| 99 | Dwa darmowe przeglądy okresowe zabudowy sanitarnej realizowane w siedzibie Zamawiającego. | **Tak/Podać** |  |
| 100 | **NOSZE GŁÓWNE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć deklarację zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |   |
| 101 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 102 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/Podać** |   |
| 103 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/Podać** |   |
| 104 | Możliwość płynnej regulacji kąta nachylenia (za pomocą sprężyny gazowej regulowanej za pomocą uchwytu „T”) oparcia pod plecami do min. 80 stopni | **Tak/podać** |   |
| 105 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej (za pomocą siłowników gazowych), przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | **Tak/podać** |   |
| 106 | Zestaw pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy, z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci na noszach (dokumenty potwierdzające kompatybilność). | **Tak/podać** |   |
| 107 |  Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane poręcze boczne, z wysuwanymi rączkami bocznymi służącymi do przenoszenia noszy.  | **Tak/podać** |   |
| 108 | Możliwość wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy | **Tak/Podać** |   |
| 109 | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnym | **Tak/Podać** |   |
| 110 | Cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi i płynów, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | **Tak/Podać** |   |
| 111 | Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do noszy umożliwiający przedłużenia powierzchni leża w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście.***opcja punktowana:*** * **nosze nieposiadające podgłówek przedłużający powierzchnie leża – 0 pkt,**
* **nosze posiadające podgłówek przedłużający powierzchnie leża – 1 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 112 | Wyposażone w półkę mocowaną bezpośrednio do ramy noszy po stronie głowy pacjenta umożliwiający przechowywanie oraz transport dokumentacji, rzeczy pacjenta itp. o nośności min 15 kg. ***opcja punktowana:*** * **nosze bez półki – 0 pkt,**
* **nosze wyposażone w półkę – 1 pkt.**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 113 | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/podać** |   |
| 114 | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | **Tak/podać** |   |
| 115 | Waga oferowanych noszy max. 23 kg | **Tak/podać** |   |
| 116 | Gwarancja na nosze min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 117 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 118 | Serwis gwarancyjny noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. tel. lub mailem) | **Tak/Podać** |   |
| 119 |  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć deklarację zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie, w języku polskim).** |  |   |
| 120  | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
| 121 | **model / typ** | **Tak/Podać** |   |
| 122 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/Podać** |   |
| 123 | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN-EN 1789+A2, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC, załączyć do oferty. | **Tak/Podać** |   |
| 124 | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu transportera noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie transportera noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę. | **Tak/Podać** |   |
| 125 | System szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | **Tak/Podać** |   |
| 126 | Regulację wysokości w min. sześciu poziomach. | **Tak/Podać** |   |
| 127 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | **Tak/podać** |   |
| 128 | Kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, min. dwa koła skrętne w zakresie 360 stopni i wyposażone w hamulce (hamulec ma uniemożliwiać obrót kółek oraz funkcję skrętu). Podać średnicę kółek w mm. | **Tak/podać** |   |
| 129 | Umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera. | **Tak/podać** |  |
| 130 | Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty ułatwiające prace w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych | **Tak/podać** |  |
| 131 | Transporter zabezpieczony przed przypadkowym wyjazdem w momencie gdy golenie przednie są rozłożone a wciśnięty jest przycisk zwalniający.  | **Tak/podać** |   |
| 132 | Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 223 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg) | **Tak/podać** |   |
| 133 | Waga zestawu transportowego max. 51 kg | **Tak/podać** |   |
| 134 | Transporter wyposażony w system automatycznego zwolnienia blokady podwozia (tzn. nie wymagający żadnych dodatkowych czynności) umożliwiający wjazd do karetki, gdy kółka najazdowe opierają się na lawecie, a zwolniony jest mechanizm składający podwozie tzw. automatyczna blokada uniemożliwiająca złożenie podwozia w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na lawecie, a zwolniony jest mechanizm składający podwozie lub zwalnianie blokad osi przedniej oraz tylnej za pomocą dźwigni pod warunkiem zaoferowania dodatkowej opcji w postaci możliwości regulacji długości goleni przednich (bez udziału serwisu) na min. trzech poziomach w celu dostosowania wysokości najazdowej noszy do wysokości podstawy noszy zamontowanej w ambulansie . | **Tak/podać** |  |
| 135 | Transporter ma posiadać możliwość złożenia do minimalnego poziomu wysokości poprzez zwolnienie dedykowanych blokad, bez konieczności wykonywania dodatkowych absorbujących czynności np. ustawianie kół do jazdy „na wprost”, uruchamianie blokady kół. | **Tak/podać** |  |
| 136 | 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 | **Tak/podać** |  |
| 137 | Transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/Podać** |   |
| 138 | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi  | **Tak/Podać** |   |
| 139 | Gwarancja na transporter noszy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 140 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 141 | Serwis gwarancyjny transportera noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. tel. lub mailem) | **Tak/Podać** |   |
| 142 | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE KARDIOLOGICZNE SKŁADANE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-4 lub normy równoważnej) ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |   |
| 143 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 144 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |   |
| 145 | **rok PRODUKCJI- 2019** | **Tak/podać** |   |
| 146 | Wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |
| 147 | Wyposażone w min. 4 kółka jezdne, przy czym przednie koła obrotowe o średnicy min. 75 mm, a tylne o średnicy min. 150 mm wyposażone w hamulce. | **Tak/podać** |   |
| 148 | Wyposażone w składany system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach z tzw. hamulcem obciążeniowym tzn. im pacjent cięższy tym krzesło wolniej jedzie po schodach.  | **Tak/Podać** |   |
| 149 | Wyposażony w tylną ramę o regulowanej długości/wysokości służącą do znoszenia i zjazdu po schodach | **Tak/Podać** |   |
| 150 | Wyposażone w uchwyty przednie składane teleskopowo.  | **Tak/Podać** |   |
| 151 | Wyposażone w składane tylne rączki transportowe lub stały uchwyt zintegrowany z ramą krzesełka  | **Tak/Podać** |   |
| 152 | Wyposażone w podparcie pod nogi pacjenta lub możliwość oparcia stóp pacjenta na ramie krzesełka. | **Tak/Podać** |   |
| 153 | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | **Tak/podać** |   |
| 154 | Oparcie z możliwością unieruchomienia głowy pacjenta (dopuszcza się opcję np. zagłówek mocowany do ramy krzesełka lub pas zabezpieczający głowę pacjenta. | **Tak/Podać** |   |
| 155 | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego, szybkodemontowalnego. | **Tak/podać** |   |
| 156 | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie, plus 1 kpl pasów zapasowych. | **Tak/podać** |   |
| 157 | waga max 13,5 kg z systemem zjazdu po schodach  | **Tak/podać** |   |
| 158 | dopuszczalne obciążenie min 180 kg (podać max. obciążenie) | **Tak/Podać** |   |
| 159 | Gwarancja na krzesełko transportowe kardiologiczne min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 160 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 161 | Serwis gwarancyjny krzesełka kardiologicznego realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. tel. lub mailem) | **Tak/Podać** |  |
| 162 | **KAPNOMETR****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789 + A2 (EN ISO 80601-2-55:2011) lub normy równoważnej. Załączyć do oferty, certyfikat zgodności z wymaganymi normami. Instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |  |
| 163 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 164 | **Rok produkcji 2019** | **Tak/podać** |  |
| 165 | Zakres pomiaru saturacji SpO2 : 20– 100% | **Tak/podać** |  |
| 166 | Dokładność ± 2 cyfry w zakresie 70 – 100% | **Tak/podać** |  |
| 167 | Zakres pomiaru częstości pulsu: 30– 250 ppm | **Tak/podać** |  |
| 168 | Dokładność ± 2% ± 2 bpm | **Tak/podać** |  |
| 169 | Zakres pomiaru CO2 : 0 – 75 mmHg | **Tak/podać** |  |
| 170 | Zakres pomiaru respiracji: 5 – 120 oddechów / min | **Tak/podać** |  |
| 171 | Zasilanie akumulatorowe | **Tak/podać** |  |
| 172 | Waga do 300 g  | **Tak/podać** |  |
| 173 | Możliwość ciągłego wyświetlania wartości liczbowej ETCO2  | **Tak/podać** |  |
| 174 | Ekran min. 3,5” | **Tak/podać** |  |
| 175 | Wyposażenie dodatkowe:* Etui
* Kpl. czujników SpO2 dla wszystkich grup wiekowych
 | **Tak/podać** |  |
| 176 | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące | **Tak/podać** |  |
| 177 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 178 | Serwis gwarancyjny Kapnometru realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. tel. lub mailem) | **Tak/Podać** |  |
|  | **ETAP II** |  |  |
| 179 | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 180 | Adaptacji zabudowy specjalnej do pojazdu bazowego.***opcja punktowana:*** * **Termin realizacji drugiego etapu do 31.01.2020r. – 6 pkt.**
* **Termin realizacji drugiego etapu do 20.02.2020r. – 4 pkt.**
* **Termin realizacji drugiego etapu do 06.03.2020r. – 0 pkt.**
 | **Tak/Podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 181 | Po wykonaniu adaptacji pojazdu na specjalny sanitarny należy dostarczyć w dniu przekazania ambulansów całopojazdową homologację typu WE lub dopuszczenie indywidualne typu WE lub jednostkowe dopuszczenie wydane przez Dyrektora Transportowego Dozoru Technicznego oferowanego pojazdu skompletowanego. | **Tak/Podać** |  |

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

UWAGA:

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt. 2 ustawy Pzp.

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

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

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

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

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć

 osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy