Załącznik do projektu umowy

dla zadania nr 3

…………………………….

(Wykonawca/Wykonawcy)

**FORMULARZ RZECZOWO-CENOWY DLA ZADANIA NR 3**

**OFERUJEMY AMBULANS TYPU B O DMC PONIŻEJ 3,5 T Z WYPOSAŻENIEM**

Marka i Model: ………………………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji: ……………………………….

Producent:……………………………………………………………………………………………………………………….…

**I. CENA OFERTY :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Nazwa produktu** | **j.m.** | **ilość** | **Producent/model** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto RAZEM** | **Stawka****VAT** | **Wartość brutto****RAZEM** |
| 1. | Ambulans typu B o dmc poniżej 3,5 t | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Nosze transportowe | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Defibrylator | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Ssak akumulatorowy-przenośny | szt.  | 2 |  |  |  |  |  |
| 5. | Deska ortopedyczna | szt.  | 2 |  |  |  |  |  |
| 6. | Respirator transportowy | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 7. | Krzesełko kardiologiczne | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 8. | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem :**  |  |  |  |  |

**II. GWARANCJA I SERWIS:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **FORMULARZ GWARANCJI I ORGANIZACJI SERWISU OFEROWANYCH AMBULANSÓW** |

### WARUNKI GWARANCJI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie****Gwarancja wymagana** | **Oferowany ambulans\*** |
| **1** | **2** | **3** |
| 1. | Okres gwarancji* na samochód bazowy – min. 24 miesiące bez limitu kilometrów
* na perforację korozyjną nadwozia- min. 120 miesięcy

- na zabudowę medyczną - min. 24 miesiące- urządzenia i sprzęt medyczny będący wyposażeniem ambulansu – min. 24 miesiące |  |
| 2. | minimalna liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji |  |

\*wypełnia Wykonawca

**III. WYMAGANIA UŻYTKOWO – TECHNICZNE POJAZDU - AMBULANS TYPU B.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **TAK/****NIE\*** | **Parametr oferowany\*****opisać** |
| **WYMAGANIA CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****W ZAKRESIE DOTYCZĄCYM AMBULANSU** |
| **I.** | **NADWOZIE** |  |  |
| **1** | Pojazd fabrycznie nowy, nie eksploatowany, z roku produkcji 2022Typu „furgon” z DMC poniżej 3,5 tony – sztuk 1dmc tzn. masa gotowego ambulansu w pełni wyposażonego w sprzęt medyczny dla ambulansu typ B zgodnie z aktualną normą PN-EN 1789+A2 lub równoważną. Dodatkowo doposażonego w materac próżniowy , urządzenie do ucisku klatki piersiowej ( tzw. masażer ) , wyposażenie systemu SWD tj. : uchwyt na tablet , tablet, drukarka, dwie dodatkowe małe butle tlenowe ( przyjmując że w standardowym wyposażeniu ambulansu znajdują się dwie duże butle tlenowe oraz jedna mała) oraz kierowcę i komplet pasażerów w tym pacjenta - nie może przekraczać dopuszczalnej masy całkowitej ambulansu określonej w homologacji.Oznacza to, że dostarczony ambulans musi posiadać tzw. rezerwę masową pomiędzy DMC ambulansu a jego masą własną ( określoną zgodnie z przepisami ustawy Prawo o ruchu drogowym ) .Przez masę własną rozumie się – masę pojazdu z jego normalnym wyposażeniem, paliwem, olejami, smarami i cieczami w ilościach nominalnych , bez kierującego ; Za normalne wyposażenie Zamawiający uznaje: wszystkie elementy zamontowane przez Dostawcę wraz z elementami dodatkowymi fabrycznymi pojazdu- bez noszy i transportera ( masa noszy wraz z transporterem uwzględniona jest w rezerwie masowej wyposażenia dla ambulansu typu”B”)Pojazd dostosowany do ruchu prawostronnego .  |  |  |
| **2** | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1850 . |  |  |
| **3** | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z sygnalizacją nie zapiętego pasa bezpieczeństwa, każdy fotel regulowany, wyposażony w podłokietnik. |  |  |
| **4** | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego Płozowego, przystosowanego do transportu pacjenta o wadze pow 318 kg.; noszy podbierakowych; materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do min. 1 szt. plecaka /torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). |  |  |
| **5** | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą. |  |  |
| **6** | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. |  |  |
| **7** | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260° **Uwaga: Fabryczny system wspomagania domykania drzwi bocznych lewych i prawch – parametr punktowany (niewymagany).** |  |  |
| **8** | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny. |  |  |
| **9** | Stopień wejściowy do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały. |  |  |
| **10** | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu. |  |  |
| **11** | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów.  |  |  |
| **12** | Kolor nadwozia żółty – zgodnie z normą PN EN 1789+ A2 lub równoważną. |  |  |
| **II.** | **SILNIK** |  |  |
| **1** | Wysokoprężny (turbo-diesel) z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa (Common Rail) o maksymalnym zużyciu paliwa poniżej 20l/100 km. |  |  |
| **2** | Moc silnika gwarantująca uzyskanie przyspieszenia określonego w pkt 4.2.1 normy PN EN 1789+A2 lub równoważnej.**Uwaga:****Moc silnika powyżej 125 KW parametr punktowany** **(niewymagany)** |  |  |
| **3** | Spełniający wymogi normy emisji spalin EURO 6 lub Euro VI. |  |  |
| **4** | Napęd rozrządu w formie łańcucha. |  |  |
| **III** | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** |  |  |
| **1** | Skrzynia biegów manualna  |  |  |
| **2** | Napęd na koła przednie lub tylne. |  |  |
| **IV.** | **ZAWIESZENIE** |  |  |
| **1** | Zawieszenie ze stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie hydropneumatyczne (pneumatyczne) ze stabilizacją . |  |  |
| **2** | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. |  |  |
| **V.** | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |  |
| **1** | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania.  |  |  |
| **2** | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania np. ABS lub równoważnym. |  |  |
| **3** | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy np. ESP lub równoważnym. |  |  |
| **4** | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR lub równoważnym. |  |  |
| **5** | Z systemem wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA i przerywanym trybem działania świateł STOP w przypadku nagłego hamowania lub równoważnym. |  |  |
| **6** | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył). |  |  |
| **VI.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| **1** | Instalacja elektryczna 230 V:- zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka)- min. 2 gniazda w przedziale medycznym wewnętrznym- zabezpieczenie **uniemożliwiające** rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. |  |  |
| **2** | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki). |  |  |
| **3** | Instalacja elektryczna 12V:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych.- gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki .- gniazdo USB nad blatem roboczym na ścianie działowej od strony przedziału medycznego ;- 2 gniazda USB na desce rozdzielczej( od strony pasażera i kierowcy)  |  |  |
| **4** | Grzałka w bloku silnika (układzie chłodzenia silnika) zasilana z sieci 230V (dodatkowe gniazdo zewnętrzne z przewodem zasilającym o długości min. 10,0 m). |  |  |
| **5** | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. |  |  |
| **6** | Inwertor (przetwornica) prądu stałego 12V na zmienny sinusoidalny 230V o mocy min. 1000W (prąd w „sinusie” umożliwiający zasilanie urządzeń 230V w trakcie jazdy ambulansu z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora). |  |  |
| **7** | Alternator o wydajności min. 180 A. |  |  |
| **8** | Dwa akumulatory, każdy o pojemności min 90 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu w pojeździe, zapewniające rezerwę mocy pozwalającą na awaryjne uruchomienie pojazdu . |  |  |
| **VII.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| **1** | Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. |  |  |
| **2** | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy. |  |  |
| **3** | Regulowana kolumna kierownicy w co najmniej dwóch płaszczyznach – przód-tył, góra dół. |  |  |
| **4** | Elektrycznie regulowane, składane i podgrzewane lusterka zewnętrzne. |  |  |
| **5** | System eCall. |  |  |
| **6** | Czujnik zmierzchu i deszczu. |  |  |
| **7** | Asystent bocznego wiatru. |  |  |
| **8** | Asystent ruszania na wzniesieniu. |  |  |
| **9** | Asystent utrzymania pasa ruchu. |  |  |
| **10** | Automatyczna lub półautomatyczna klimatyzacja kabiny kierowcy. |  |  |
| **11** | Dodatkowy dogrzewacz elektryczny w kabinie kierowcy. |  |  |
| **12** | Fabryczny aktywny system serwisowy automatycznie obliczający na podstawie sposobu i warunków eksploatacji (np. na podstawie lepkości oleju silnikowego – podać sposób) i wskazujący użytkownikowi w każdym momencie eksploatacji ilość kilometrów do następnego przeglądu serwisowego. |  |  |
| **13** | Kontrola ciśnienia w oponach |  |  |
| **14** | Pojazd na oponach zimowych, felgi stalowe z czujnikami ciśnienia powietrza ;+ dodatkowy komplet kół letnich 4 sztuki z czujnikami ciśnienia powietrza;+ pełnowymiarowe koło zapasowe |  |  |
| **15** | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcyTrójkąt ostrzegawczy 2 sztukiUrządzenie do wybijania szybGaśnica w przedziale medycznym  |  |  |
| **VIII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |  |
| **1** | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2.0 KW. |  |  |
| **2** | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. Podać markę i model wentylatora. |  |  |
| **3** | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa) |  |  |
| **4** | Niezależne od pracy i układu chłodzenia silnika ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5.0 kW tzw. powietrzne (proszę podać markę i model urządzenia). |  |  |
| **5** | Szyberdach wyposażony w roletę i moskitierę pełniący funkcję doświetlenia.**Uwaga:****Otwierany szyberdach parametr punktowany (niewymagany)** |  |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |  |
| **1** | W przedniej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED, w komorze silnika zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem. Zamawiający dopuszcza sygnalizację świetlną realizowaną przez belkę świetlna typu LED. |  |  |
| **2** | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED |  |  |
| **3** | Na lusterkach bocznych niebieskie lampy pulsacyjne barwny niebieskiej typu LED.Oświetlenie ostrzegawcze typu LED – niebieskie zamontowane w przedniej części nadwozia. Łączna ilość zamontowanych lamp ostrzegawczych sygnałów świetlnych – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 31.grudnia 2020r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia. |  |  |
| **4** | W tylnej części pojazdu zintegrowane z nadwoziem, połączone w jeden moduł niebieskie światła sygnalizacyjne typu LED. Sygnalizacja świetlna wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania miejsca akcji za ambulansem . Zamawiający dopuszcza również sygnalizację świetlną realizowaną przez pojedyczne światło niebieskie. |  |  |
| **5** | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik, umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. |  |  |
|  **6** | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu drzwi . |  |  |
| **7** | Oznakowanie pojazdu: - pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r. Dz.U poz. 2487;- pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli;- pas odblaskowy z foli typu 1 lub 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu;- pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. ,.a) |  |  |
| **8** | Napis lustrzany „AMBULANS” barwy czerwonej z przodu pojazdu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. |  |  |
| **9** | Wzór graficzny systemu „PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE” z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu -zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 17.12.2019 r. Dz.U poz. 2487 w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. |  |  |
| **10** | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego **„S”- ,,P”, „S/P”.** po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych – zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 17.12.2019 r. Dz.U poz. 2487 w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – do uzgodnienia z Zamawiającym |  |  |
| **11**  | Nazwa dysponenta jednostki: POWIATOWE POGOTOWIE RATUNKOWE W ŚWIDNICY – po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych (wielkość liter do uzgodnienia po podpisaniu umowy). |  |  |
| **12** | Reflektory zewnętrzne typu LED, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.Zamawiający dopuszcza :- reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 30 km/h. |  |  |
| **13** | Dodatkowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej – podać markę i model. |  |  |
| **X.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |  |  |
| **1** | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz- współczynnik fali stojącej -1,6- polaryzacja pionowa- charakterystyka promieniowania –dookólna- odporność na działanie wiatru 55 m/s |  |  |
| **2** | W przedziale medycznym głośnik podłączony do radiotelefonu z wyłącznikiem. |  |  |
| **3** | W przedziale medycznym głośnik podłączony do radia z wyłącznikiem. |  |  |
| **XI.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
| **1** | Oświetlenie sufitowe rozproszone typu LED w kolorze naturalnym. |  |  |
| **2** | Co najmniej 2 sufitowe skupione punkty świetlne nad noszami z regulacją kąta padania światła. |  |  |
| **3** | Oświetlenie punktowe blatu roboczego. |  |  |
| **XII.** | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
| **1** | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. |  |  |
| **2** | Wzmocnione ściany boczne umożliwiające montaż sprzętu medycznego. |  |  |
| **3** | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |  |
| **4** | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia - podać zakres regulacji). |  |  |
| **5** | Fotel u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa.Podać markę i model oferowanego fotela.Fotel wraz podstawą przebadany na zgodność z REG 14 dla „typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa” i REG 17 dla „typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań”.**Uwaga:** **Możliwość przesuwu przód tył parametr punktowany** **( niewymagany).** |  |  |
| **6** | 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 manualnie (minimalne wymiary mierzone w świetle : wysokość 1800 mm , szerokość 400 mm - - podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789 lub równoważną. |  |  |
| **7** | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa, urządzenie do masażu serca, (Zamawiający dopuszcza montaż tych elementów w schowku technicznym).- szafka z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków - szafka na narkotyki z zamkiem szyfrowym- przestrzeń kieszeniowa do przechowywania szyn Kramera dostępna od tyłu ambulansu - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami  podświetlenie umożliwiające podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.) – szczegóły do uzgodnienia z Zamawiającym |  |  |
| **8** | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną ( blat roboczy na wysokości min. 100 cm ±10) , z pojemnikami na zużyte igły, strzykawki i z szufladami (min. 2 szt.), - kosz na śmieci . |  |  |
| **9** | Miejsce na torbę lekarską lub plecak, wraz z ich mocowaniem – zaczepy, paski do mocowania torby/ plecaka – dostęp do nich ma być zapewniony zarówno z przedziału medycznego, jaki i poprzez drzwi przesuwne. |  |  |
| **10** | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. |  |  |
| **11** | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. |  |  |
| **12** | Na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania ZamawiającegoUwaga : Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. |  |  |
| **13** | Centralna instalacja tlenowa (bez butli):- minimum 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego + minimum jedno gniazdo w suficie;- minimum jeden przepływomierz o przepływie minimum 15 l/min. do montażu w gnieździe tlenowym bez nawilżacza;- 2 szt. reduktorów do butli przenośnych 2 l (bez butli);- podwójny uchwyt do małych butli tlenowych 2,0 l. (bez butli) – miejsce mocowania do uzgodnienia z Zamawiającym |  |  |
| **14** | Mechaniczna podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesów boczny, możliwość pochyłu o min. 10% do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowejz wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności).Uwaga. Zamawiający nie dopuszcza zaoferowania lawety w której zwolnienie mechanizmu jej wysuwu odbywa się za pomocą linki .  |  |  |
| **15** | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. |  |  |
| **16** | W przedziale medycznym ma być zapewnione miejsce mocowania dodatkowego sprzętu medycznego - ssak elektryczny oraz system mocowania urządzenia do kompresji klatki piersiowej typu Lucas |  |  |
| **17** | W zabudowie meblowej zasilana z sieci 12V lodówka sprężarkowa o pojemności maximum 7 l ( podać markę i model )  |  |  |
| **18** | Pojemnik na płyny do dezynfekcji rąk wielorazowego użytku o pojemności min 0.5 l ( np. typ ,,Merida”) |  |  |
| **XIII.** | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |  |
| **1** | Przedział medyczny ma być wyposażony w:- urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa;- gaśnicę;- panel sterujący: informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data), sterujący oświetleniem przedziału medycznego , sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego, zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego (zależnego od pracy silnika, niezależnego od pracy silnika, postojowego z sieci 230V) i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury- panel przyciskowy nie typu touchscreen. |  |  |
| **2** | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:- radioodtwarzacz USB / MP3, z wbudowanym modułem Bluetooth;- 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 sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych), panel przyciskowy nie typu touchscreenDodatkowe oświetlenie punktowe robocze oświetlające siedzenie pasażera obok kierowcy.  |  |  |
| **3** | Kamera lub czujniki cofania + sygnalizator cofania |  |  |
| **4** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNO-LOGICZNA POD SYSTEM SWD PRM**Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz z adapterami oraz uchwytami do zamocowania tabletu oraz drukarki pod system SWD PRM.System mocowania tabletu oraz drukarki winien posiadać pozytywnie przeprowadzone testy wytrzymałościowe na oferowanej marce i modelu ambulansu. Załączyć do oferty raport z badań wykonanych przez niezależną jednostkę badawczą.W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowany uchwyt do drukarki systemu SWD PRM i gniazdo 230 V współpracujące z przetwornicą do jej podłączenia. Sczegóły do uzgodnienia z Zamawiającym. Drukarka zamontowana w sposób umożliwiający jej łatwy demontaż oraz nie utrudniająca pracy na blacie roboczym. **( Drukarka po stronie Zamawiającego )** Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do tabletu) zakończona wtykami kątowymi SMA zlokalizowanymi przy stacji dokującej.Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do modułu FM 3000) zakończona wtykami prostymi GPS MCX oraz GSM SMA zlokalizowanymi w miejscu montażu modułu teltoniki.Przygotowanie instalacji pozwalającej na łatwe wpinanie/wypinanie modułu teltonika do GPS SWD (instalacja elektryczno-antenowa).Wyprowadzenie przewodu USB umożliwiającego połączenie drukarki ze stacją dokującą.  **( Drukarka, tablet po stronie Zamawiającego)**System mocowania tabletu oraz drukarki jest elementem pozytywnie wykonanych badań dynamicznych na oferowanej marce i modelu ambulansu. Załączyć do oferty raport z badań dynamicznych potiwerdzony przez jednostkę badawczą. |  |  |
| **5** | Odbiór przedmiotu zamówienia w sidzibie Zamawiającego – Świdnica ul Leśna 31- samochód ma mieć **wyłączony** **ewentualny ogranicznik prędkości tzw. kaganiec oraz tachograf.****Pojazd w dniu dostawy nie może być wyposażony w aktywny ogranicznik prędkości oraz tachograf.** |  |  |
| **6** | Pasy ułożone na krzyż z zapięciem na obu skrzydłach tylnych drzwi umożliwiające mocowanie np. koca lub folii.  |  |  |
| **WYMAGANIA CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE** **URZĄDZEŃ I SPRZĘTU MEDYCZNEGO** |
| **I.** | **Nosze główne** |  |  |
| **1** | Nosze główne - fabrycznie nowe, Podać markę, model, rok produkcji. |  |  |
| **2** | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; |  |  |
| **3** | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; |  |  |
| **4** | z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 70 stopni; |  |  |
| **5** | rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca wydłużenie leża, gumowy odbojnik na całym obwodzi noszy |  |  |
| **6** | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; |  |  |
| **7** | nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;  |  |  |
| **8** | ze składanymi poręczami bocznymi, z chowanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy,  |  |  |
| **9** | Z możliwością montażu składanego statywu do kroplówki do zamocowania min. dwóch toreb/butelek z płynami infuzyjnymi |  |  |
| **10** | z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; |  |  |
| **11** | nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego niekorodującego materiału (podać rodzaj materiału z którego wykonane są nosze) |  |  |
| **12** | wyposażone w cienki nie sprężynujący materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu , przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; materac wyposażony w odpinany podgłówek |  |  |
| **13** | obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) |  |  |
| **14** | **Pozostałe :*** Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim wraz z dostawą;
* Okres gwarancji min 24 miesięcy;
* Paszport techniczny i karta gwarancyjna wraz z dostawą .
 |  |  |
| **II.** | **Transporter noszy głównych** |  |  |
| **1** | Transporter noszy głównych - fabrycznie nowy, Podać markę, model, rok produkcji. |  |  |
| **2** | z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu; |  |  |
| **3** | z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami; |  |  |
| **4** | regulacja wysokości w min 6 poziomach; |  |  |
| **5** | Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym |  |  |
| **6** | możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera) na min 3 poziomach pochylenia; |  |  |
| **7** | wszystkie kółka jezdne o średnicy minimum 120 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach i na otwartych przestrzeniach. Podać średnicę kółek w mm; |  |  |
| **8** | min. dwa kółka wyposażone w hamulce |  |  |
| **9** | system mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 lub równoważną. ; |  |  |
| **10** | obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 220 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); |  |  |
| **11** | transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z jego obsługą |  |  |
| **12** | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego niekorodującego materiału,  |  |  |
| **13** | **Pozostałe :*** Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim wraz z dostawą;
* Okres gwarancji min 24 miesięcy;
* Paszport techniczny i karta gwarancyjna wraz z dostawą .
 |  |  |
| **III.** | **Defibrylator transportowy** |  |  |
|  | **Parametry ogólne :** |  |  |
| **1** | Marka, model, oferowanego defibrylatora, fabrycznie nowy |  |  |
| **2** | Defibrylator kompaktowy, przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym (nie dopuszcza się urządzeń modułowych) |  |  |
| **3** | Defibrylator musi spełniać wymogi teletransmisji 12- odprowadzeniowych zapisów EKG drogą elektroniczną do pracowni hemodynamiki.  |  |  |
| **4** | Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy wraz z akumulatorami, kompletem kabli, torbą na akcesoria nie większa niż 12,0 kg |  |  |
| **5** | Urządzenie oporne na kurz i zalanie wodą – minimalna klasa IP44 wg IEC529 lub równoważnej normy |  |  |
| **6** | Aparat odporny na uderzenia i wstrząsy |  |  |
| **7** | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (w tym opisy na panelu sterowania oraz komunikaty głosowe) |  |  |
| **8** | Zasilanie akumulatorowe (akumulatory litowo – jonowe, ze zminimalizowanym efektem pamięci) - czas pracy na 1 akumulatorze min. 180 min ciągłego monitorowania EKG lub 200 defibrylacji z maksymalną energią  |  |  |
| **9** | Czas ładowania kpl. akumulatorów do pełnej pojemności poniżej 5 godzin |  |  |
| **10** | Ładowarka akumulatorów wbudowana w defibrylator lub oddzielna |  |  |
| **11** | Temperatura pracy w zakresie min. 0 do +45ºC |  |  |
| **12** | Metronom |  |  |
|  | **Defibrylacja :** |  |  |
| **13** | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa |  |  |
| **14** | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna |  |  |
| **15** | Możliwość wykonania kardiowersji |  |  |
| **16** | Energia defibrylacji od min. 2J do min. 360 J |  |  |
| **17** | Dostępne minimum 25 różnych poziomów energii defibrylacji zewnętrznej |  |  |
| **18** | Czas ładowania do maksymalnej energii: do 10 sekund |  |  |
| **19** | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych |  |  |
|  | **Monitorowanie i rejestracja :** |  |  |
| **20** | Monitor kolorowy o przekątnej minimum 6,5 cala, dużej rozdzielczości, wysokim kontraście i innych parametrach pozwalających prowadzić swobodny odczyt w dzień i w nocy, w trudnych warunkach atmosferycznych |  |  |
| **21** | Możliwość wyświetlenia min. 3 krzywych na ekranie defibrylatora  |  |  |
| **22** | Wbudowany rejestrator termiczny na papier o szerokości min. 80 mm |  |  |
| **23** | Szybkość wydruku: min. 25mm/sek. |  |  |
| **24** | Pamięć wewnątrz wszystkich rejestrowanych zdarzeń  |  |  |
|  | **Monitorowanie EKG/Respiracja :** |  |  |
| **25** | Monitorowanie EKG z 12 odprowadzeń z analizą zaburzeń rytmu serca |  |  |
| **26** | Wzmocnienie sygnału EKG, co najmniej 5 poziomów |  |  |
| **27** | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300/min |  |  |
| **28** | Możliwość transmisji 12 odprowadzeniowego EKG przez telefon komórkowy lub modem – do stacji odbiorczej |  |  |
|  | **Stymulacja zewnętrzna :** |  |  |
| **29** | Stymulacji w trybach na „żądanie” i asynchronicznym |  |  |
| **30** | Regulacja prądu w zakresie min. od 0 do min. 140 mA |  |  |
| **31** | Zakres częstotliwości stymulacji od 40 do100 impulsów na minutę lub większy zakres . |  |  |
|  | **Pulsoksymetria :** |  |  |
| **32** | Pomiar saturacji SpO2 w *technologii Masimo*, nieinwazyjny pomiar stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny |  |  |
| **33** | Zakres częstości tętna min. 30 do 240 uderzeń na minutę |  |  |
| **34** | Prezentacja krzywej SpO2 |  |  |
|  | **Kaptometria :** |  |  |
| **35** | Pomiar etCO2 z zakresem pomiaru od min. 0 do min. 99 mHg |  |  |
|  | **Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi :** |  |  |
| **36** | Minimalny zakres mierzonego ciśnienia od 30 do 240mmHg |  |  |
| **37** | Odstęp między pomiarami w trybie automatycznym programowany w zakresie min. 2 - 60 minut |  |  |
|  | **Wyposażenie defibrylatora :** |  |  |
| **38** | Kabel EKG 12 odprowadzeniowy: 1 sztuka |  |  |
| **39** | Kabel do stymulacji przez skórnej / defibrylacji /kardiowersji: 1 sztuka |  |  |
| **40** | Torba transportowana na defibrylator i akcesoria: 1 sztuka |  |  |
| **41** | Uchwyt karetkowy spełniający wymagania normy PN1789 lub równoważna : 1 sztuka |  |  |
| **42** | Mankiet i przewód do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia krwi :* dla dorosłych: 1 szt.
* pediatryczny : 1 szt.
 |  |  |
| **43** | Akumulator: 2 sztuki  |  |  |
| **44** | Czujniki SpO2:* Wielorazowy typu klips dla dorosłych: 1 sztuka;
* pediatryczny : 1 szt.

Kabel z czujnikiem nie może być bezpośrednio wpinany w urządzenie |  |  |
| **45** | Kaniule do pomiaru etCO2 dla pacjentów dorosłych zaintubowanych – 25 sztuk  |  |  |
| **46** | * Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim wraz z dostawą;
* Okres gwarancji min 24 miesięcy;
* Paszport techniczny i karta gwarancyjna wraz z dostawą .
* Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
* Autoryzowany serwis na terenie Polski
* Zagwarantowanie dostępność serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy.
* Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji
 |  |  |
| **IV** | **Ssak akumultorowy – przenośny** |  |  |
| **1** | Ssak transportowy akumulatorowo-sieciowy |  |  |
| **2** | Urzadzenie typ, model, producent/firma |  |  |
| **3** | Rok produkcji – urzadzenie fabrycznie nowe |  |  |
| **4** | Ssak elektryczny akumulatorowy przenośny zasilany z sieci 12V DC |  |  |
| **5** | Wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia |  |  |
| **6** | Przewód silikonowy z zaworkiem chroniony przed uszkodzeniem przez elementy obudowy ssaka |  |  |
| **7** | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności |  |  |
| **8** | System wyłączający pompę w przypadku przekroczenia ustawionej siły ssania – prędkość ssania powyżej 20 l/ min. |  |  |
| **9** | Słój do sterylizacji w autoklawie o pojemność min 0,9 l umieszczony w koszyku zabezpieczającym przed uszkodzeniami, dodatkowo ochronna pokrywa zabezpieczająca słój od góry z możliwością zastosowania jednorazowych worków na wydzieliny |  |  |
| **10** | Skokowo regulowana siła ssania w zakresie -0,1 do -0,8 bar realizowana za pomocą dedykowanych klawiszy Podświetlane wskaźniki przy klawiszach sterujących umożliwiające odczyt wybranego podciśnienia w warunkach ograniczonej widoczności |  |  |
| **12** | Elektroniczny nadzór ciśnienia ssania zapobiegający przypadkowemu zassaniu tkanek miękkich |  |  |
| **13** | Pełna informacja o stanie naładowania baterii na panelu kontrolnym ssaka  |  |  |
| **14** | Możliwość sprawdzenia poziomu naładowania baterii bez włączania urządzenia |  |  |
| **15** | Kabel do zasilania karetkowego 12V umożliwiający ładowanie zaraz po wpięciu  |  |  |
| **16** | Płyta ścienna do montażu w karetce spełniająca standardy PN EN 1789  |  |  |
| **17** | Temperatura pracy od - 5 do 50 ºC |  |  |
| **18** | Temperatura przechowywania od - 40 do 70 ºC |  |  |
| **19** | Ciężar kompletnego ssaka max 4,8 kg |  |  |
| **20** | Czas pracy min 45 min |  |  |
| **21** | Żywotność akumulatora min 2 lata |  |  |
| **22** | Integralnie wbudowany filtr bakteryjny |  |  |
| **23** | Wielostopniowe zabezpieczenie przed wnikaniem płynów do wnętrza ssaka - opisać |  |  |
| **24** | Okres gwarancji min 24 miesiące |  |  |
| **25** | Pozostałe:Instrukcja obsługi w języku polskim – przy dostawieFolder z dokładnymi parametrami technicznymi -załączyćPaszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparaturyWykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą aparatury. Załączyć do oferty autoryzację. |  |  |
| **V** | **Deska ortopedyczna dla dorosłych** |  |  |
| **1** | Model urządzenia / producent / rok produkcji |  |  |
| **2** | Ścięty koniec od strony nóg ułatwiający pracę w ciasnych przestrzeniach |  |  |
| **3** | Wyposażona w min 14 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża, bez pinów do wpięcia pasów karabińczykowych, umożliwiających pracę w ochronnych rękawicach  |  |  |
| **4** | Wyposażona w min 5 punktów na dłuższej stronie deski do mocowania pasów |  |  |
| **5** | Wyposażona w min 4 pasy zabezpieczające o regulowanej długości kodowane kolorami |  |  |
| **6** | Wyposażona w unieruchomienie głowy wielokrotnego użytku, składające się z podkładki oraz 2 klocków stabilizujących z otworami usznymi oraz 2 paskami spinającymi |  |  |
| **7** | Waga deski max 10 kg |  |  |
| **8** | Obciążenie dopuszczalne min 450kg |  |  |
| **9** | Pływalność dodatnia min 110 kg |  |  |
| **10** | Szerokość deski w zakresie do max 45cm  |  |  |
| **11** | Długość deski min 183 cm |  |  |
| **12** | Deklaracja zgodności CE załączyć do oferty |  |  |
| **VI.** | **Respirator transportowy** |  |  |
| **1** | Respirator fabrycznie nowy, Podać markę, model, rok produkcji. |  |  |
| **2** | Transportowy zestaw medyczny do wentylacji pacjenta. |  |  |
| **3** | Urządzenie w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku i paskiem umożliwiającym zawieszenie na ramieniu. |  |  |
| **4** | Urządzenie wyposażone w torbę ochronną wykonaną z materiału zapobiegającemu dostaniu się zanieczyszczeń lub wody do przestrzeni urządzenia, umożliwiający swobodny dostęp do wszystkich funkcji. |  |  |
| **5** | Przednia część torby ochronnej wykonana z przeźroczystego materiału, umożliwiającego swobodne odczytanie wszystkich parametrów wyświetlanych na monitorze, bez potrzeby jej otwierania. |  |  |
| **6** | Zestaw składa się z : respiratora transportowego, przewodu ciśnieniowego umożliwiającego podłączenie respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA min 2 m, kieszeni na akcesoria, maski nr 5, nr 3, nr 1 , przewodu pacjenta, płuca testowego. |  |  |
| **7** | Możliwość zasilania respiratora transportowego AC 230V i DC 12V. |  |  |
| **8** | Płyta ścienna ze zintegrowanym zasilaniem 12V umożliwiająca ładowanie respiratora zaraz po wpięciu, spełniająca normę PN EN 1789 . |  |  |
| **9** | System kontrolny akumulatora umożliwiający sprawdzenie poziomu naładowania i poprawność działania baterii bez potrzeby włączania urządzenia. |  |  |
| **10** | Akumulator bez efektu pamięci. |  |  |
| **11** | Ładowanie baterii od 0 do min 95 % w czasie do 3,5 godziny. |  |  |
| **12** | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt. |  |  |
| **13** | Waga respiratora max 2,5 kg +/- 5%. |  |  |
| **14** | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar |  |  |
| **15** |  Zasilanie z baterii min 8 h w warunkach pracy ambulansu. |  |  |
| **16** | Wentylacja 100% tlenem i Air Mix. |  |  |
| **17** | Możliwość pracy w temperaturze min -18 - + 50˚C . |  |  |
| **18** | Możliwość przechowywania w temperaturze min -40 - +70˚C . |  |  |
| **19** | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych w postaci potwierdzenia wyboru parametru po jego ustawieniu. |  |  |
| **20** | Autotest, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora każdorazowo po włączeniu urządzenia. |  |  |
| **21** | Wbudowany czytnik kart pamięci wraz z kartą o pojemności min 2 GB do zapisywania monitorowanych parametrów oraz zdarzeń z możliwością późniejszej analizy. |  |  |
| **22** | Tryb wentylacji : IPPV; CPR; CPAP;SIMV. |  |  |
| **23** | Parametry regulowane : * Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie min. 5-50 oddechów/min;
* Objętość oddechowa regulowana w zakresie min 50 – 2000 ml;
* Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie min od 0 do 20 cm H2O;
* Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w zakresie min od 10-65 mbar.
 |  |  |
| **24** | Obrazowanie parametrów:* Ciśnienie PEEP;
* Maksymalne ciśnienie wdechowe ;
* Objętość oddechowa;
* Objętość minutowa;
* Częstość oddechowa.
 |  |  |
| **25** | Prezentacja graficzna :* Zintegrowany kolorowy wyświetlacz LCD lub TFT o przekątnej min 5 cali do prezentacji parametrów nastawnych oraz manometru.
 |  |  |
| **26** | Alarmy :* Bezdechu;
* Nieszczelności układu;
* Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych;
* Rozładowanego akumulatora/braku zasilania;
* Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim.
 |  |  |
| **27** | Pozostałe :* Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim wraz z dostawą;
* Okres gwarancji min 24 miesięcy;
* Paszport techniczny i karta gwarancyjna wraz z dostawą .
 |  |  |
| **VII.** | **Krzesełko transportowe płozowe** |  |  |
| **1** | Krzesełko transportowe - fabrycznie nowe, Podać markę, model, rok produkcji. |  |  |
| **2** | Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. |  |  |
| **3** | System płozowy do transportu pacjenta po schodach. |  |  |
| **4** | Siedzisko i oparcie wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa typu ABS odpornego na uszkodzenia. |  |  |
| **5** | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie. |  |  |
| **6** | Wysuwane uchwyty przednie blokowane w min. 3 pozycjach. |  |  |
| **7** | 4 koła w tym min 2 obrotowe w zakresie 360°. |  |  |
| **8** | Uchylne rączki tylne. |  |  |
| **9** | Wysuwany uchwyt ramy oparcia blokowany w min. 2 pozycjach. |  |  |
| **10** | Kąt pomiędzy płozami, a ramą krzesełka min. 30°.  |  |  |
| **11** | Rozstaw zewnętrzny płóz min. 37 cm. |  |  |
| **12** | Stabilizator głowy pacjenta. |  |  |
| **13** | Ruchoma podpórka na stopy pacjenta zapewniająca mu stabilne podparcie, uniemożliwiające ześliźnięcie się stóp pacjenta, o wymiarach min. 240x85 mm. |  |  |
| **14** | Min. 3 pasy poprzeczne. |  |  |
| **15** | Waga krzesełka z systemem płozowym max 15 kg. |  |  |
| **16** | Maksymalne wymiary po złożeniu: 95 cm x 52 cm x max. 20 cm. |  |  |
| **17** | Udźwig min. 220 kg. |  |  |
| **18** | Pozostałe :* Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim wraz z dostawą;
* Okres gwarancji min 24 miesięcy;
* Paszport techniczny i karta gwarancyjna wraz z dostawą .
 |  |  |
| **VIII.** | **Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa** |  |  |
| **1** | Przystosowana do polskich strzykawek od 10 ml do 60 ml |  |  |
| **2** | Automatyczne rozpoznawanie strzykawki |  |  |
| **3** | Tryb pracy umożliwiający programowanie w jednostkach objętościowych |  |  |
| **4** | Tryb pracy umożliwiający programowanie w jednostkach wagowych |  |  |
| **5** | Biblioteka leków |  |  |
| **6** | Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS |  |  |
| **7** | Wskaźnik ciśnienia infuzji |  |  |
| **8** | Szybkość dozowania dawki uderzeniowej programowana co 0,1 ml/h |  |  |
| **9** | Zasilanie 220 V i 12 V |  |  |
| **10** | Akumulator wewnętrzny min. 1300 mAh |  |  |
| **11** | Uchwyt ścienny do ambulansu |  |  |
| **12** | Okres gwarancji minimum 24 miesiące |  |  |
| **13** | Folder, deklaracja zgodności CE – załączyć do oferty |  |  |

\* wypełnia Wykonawca

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PUNKTOWANE PARAMETRY TECHNICZNE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **TAK****/NIE\*** | **Parametr oferowany\*** |
| **Ambulans typu B** |
| Moc silnika powyżej 125 KW | Tak – 20 pkt.Nie – 0 pkt | TAK |  |
| Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) | Tak - 5 pkt.Nie - 0 pkt | TAK |  |
| Elektrycznie domykane drzwi przesuwne prawe i lewe (system ma być wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego) | Tak - 5 pkt.Nie - 0 pkt | TAK |  |
|  System przesuwu fotela przód tył  u wezgłowia noszy. Przesów umożliwiający ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przechodzenie z kabiny kierowcy do przedziału medycznego oraz zajęcie prawidłowej pozycji przy głowie pacjenta leżącego na noszach . | TAK - 5 pkt.NIE – 0 pkt | TAK |  |
| Otwierany szyber z moskitierą i roletą.  | TAK - 5 pkt.NIE – 0 pkt | TAK |  |
| **Razem maksymalnie** |  **40 pkt** |

\*wypełnia Wykonawca

..........................., dnia .............2022 r. ...................................................

 miejscowość, data podpis, pieczątka osoby upoważnionej

do podpisania oferty

**Uwaga:** Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym 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.