**OŚWIADCZAM, ŻE OFERUJĘ** */informacje poniżej wskazuje Wykonawca/*:

Pojazd niekompletny: Marka …………………… Typ …………………………. Oznaczenie handlowe ……………….…

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

Nazwa i adres producenta pojazdu niekompletnego: ................................................................................

Pojazd skompletowany: Marka …………………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ………………

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

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego: ............................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | | ***TAK/NIE\**** | ***Parametr oferowany*** */wskazuje Wykonawca/****\**** | | |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie dotyczącym pojazdu bazowego** | | | | | | |
| **I.** | **NADWOZIE** | | | | | |
| **1.** | Ambulans drogowy typu C kontener - o DMC powyżej 3,8 t max do 4,1 t bez ogranicznika prędkości i rejestratora czasu pracy kierowcy. | | TAK |  | | |
| **2.** | Pojazd niekompletny (bazowy) typu podwozie ramowe z kabiną, z zabezpieczeniem antykorozyjnym. | | TAK |  | | |
| **3.** | Na podwoziu zamocowany kontener zabezpieczony antykorozyjnie o konstrukcji aluminiowej dodatkowo obustronnie malowanej proszkowo. Wymiary zewnętrzne kontenera muszą umożliwiać jazdę z wykorzystaniem standardowych lusterek pojazdu bazowego bez konieczności zastosowania lusterek wstecznych na wysięgnikach. Gwarancja możliwości przełożenia kontenera na inne podwozie pojazdu tego samego modelu i typu. | | TAK |  | | |
| **4.** | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z możliwością regulacji oparć i przesuwu wzdłużnego. | | TAK |  | | |
| **5.** | Drzwi boczne do przedziału medycznego prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą. | | TAK |  | | |
| **6.** | Drugie drzwi boczne prawe do schowka na sprzęt medyczny, otwierane o kąt 90 stopni, bez szyby. W schowku miejsce do mocowania; krzesełka kardiologicznego, deski ortopedycznej dla dorosłych, noszy podbierakowych, kamizelki ortopedycznej, materaca próżniowego, szyn Kramera lub równoważnych. | | TAK |  | | |
| **7.** | Drzwi tylne dwuskrzydłowe przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o z blokowanym ogranicznikiem otwarcia ok. 900. | | TAK |  | | |
| **8.** | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny amortyzowany w płaszczyźnie poziomej. | | TAK |  | | |
| **9.** | Zewnętrzny, znajdujący się pod podwoziem, dodatkowy obrotowy stopień wejściowy pod prawymi drzwiami przesuwnymi ułatwiający wsiadanie do przedziału medycznego, którego stan wysunięcia potwierdza kontrolka umieszczona w sposób widoczny dla kierowcy ambulansu. | | TAK |  | | |
| **10.** | Autoalarm. | | TAK |  | | |
| **11.** | Centralny zamek we wszystkich drzwiach. | | TAK |  | | |
| **12.** | Reflektory przeciwmgielne przednie, światła do jazdy dziennej włączane automatycznie po uruchomieniu silnika | | TAK |  | | |
| **13.** | Kolor żółty - zalecany RAL 1016 lub równoważny. | | TAK |  | | |
| **II.** | **SILNIK** | | | | | |
| **1.** | Moc silnika min. 140 KW, z zapłonem samoczynnym, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 440 Nm. | | TAK |  | | |
| **2.** | Spełniający wymogi normy emisji spalin min. EURO VI. | | TAK |  | | |
| **3.** | Pojemność silnika min. 1900 cm3, z grzałką w układzie chłodzenia zasilaną z sieci 230 V. | | TAK |  | | |
| **III.** | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | | | | | |
| **1.** | Skrzynia biegów automatyczna. | | TAK |  | | |
| **2.** | Napęd na koła tylne. | | TAK |  | | |
| **IV.** | **UKŁAD HAMULCOWY** | | | | | |
| **1.** | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy np. ESP plus asystent wiatru bocznego. | | TAK |  | | |
| **2.** | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR. | | TAK |  | | |
| **3.** | Z systemem wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA z pulsowaniem świateł stop w trakcie nagłego hamowania. | | TAK |  | | |
| **V.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | |
| **1.** | Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | | TAK |  | | |
| **2.** | W przedziale kierowcy:  - radioodbiornik fabryczny lub radioodtwarzacz z wejściem USB, z zestawem głośników oraz anteną dachową. | | TAK |  | | |
| **3.** | Elektrycznie sterowane otwieranie szyb bocznych w kabinie kierowcy. | | TAK |  | | |
| **4.** | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach | | TAK |  | | |
| **5.** | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne. | | TAK |  | | |
| **6.** | Klimatyzacja kabiny kierowcy. | | TAK |  | | |
| **7.** | Ambulans na zamontowanych oponach letnich wraz z kołem zapasowym,  z czujnikami ciśnienia powietrza oryginalnymi (serwisowanymi przez ASO pojazdu)  z zachowaniem indeksu nośności opon jak  z pierwszego montażu. Dodatkowy komplet 4 opon zimowych. | | TAK |  | | |
| **8.** | System monitoringu wizyjnego oparty na zewnętrznych kamerach do wspomagania manewrowania ambulansem z możliwością wykorzystania systemu jako kamery cofania, dodatkowo kamera  w przedziale medycznym z możliwością podglądu obrazu w przedziale kierowcy. Rejestrator cyfrowy utrwalający materiał filmowy z kamer. | | TAK |  | | |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie ambulansu sanitarnego** | | | | | | |
| **I.** | **NADWOZIE** | | | | | |
| **1.** | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm (długość x szerokość x wysokość)  3400 x 1900 x 1900. | | TAK |  | | |
| **II.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | | | | | |
| **1.** | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik  z możliwością ustawienia temperatury. | | TAK |  | | |
| **2**. | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny o mocy grzewczej ok. 2000 W zasilany  z zewnętrznej sieci 230 V podczas postoju pojazdu, załączany termostatycznie. | | TAK |  | | |
| **3.** | Niezależny od pracy silnika system spalinowego ogrzewania (wodnego) przedziału kierowcy i przedziału medycznego. | | TAK |  | | |
| **4.** | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania spalinowego (powietrzne) przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury | | TAK |  | | |
| **5.** | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. | | TAK |  | | |
| **6.** | W przedziale medycznym system grzewczo – chłodzący działający podczas jazdy z termostatycznym ustawianiem zadanej temperatury | | TAK |  | | |
| **7.** | W przedziale medycznym wyświetlacz informujący o temperaturze wewnątrz przedziału. | | TAK |  | | |
| **8**. | Szyberdach pełniący jednocześnie funkcję doświetlania i przewietrzania przedziału medycznego o wymiarach min. 400 mm  x 400 mm. | | TAK |  | | |
| **III.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | |
| **1.** | W kabinie kierowcy wskaźnik naładowania akumulatorów: rozruchowego i przedziału medycznego. | | TAK |  | | |
| **2.** | Instalacja elektryczna 230 V:  - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo, wtyczka + dziesięć metrów bieżących przewód)  - min. 2 gniazda na lewej i 2 gniazda na prawej ścianie w przedziale medycznym  - gniazdo 230V do alternatywnego zasilania umieszczone w obrębie przewidzianym dla drukarki  - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym  - zabezpieczenie przeciwporażeniowe  -przetwornica 12/230V pełnosinusoidalna,  o mocy ok 1500VA, zapewniająca zasilanie  w gniazdach 230V ambulansu podczas odłączenia ambulansu od zewnętrznej sieci 230V. | | TAK |  | | |
| **3.** | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów podczas postoju ambulansu podłączonego do zewnętrznej sieci 230 V. | | TAK |  | | |
| **4.** | 4 gniazda zasilające 5V/2A USB w kabinie kierowcy:  - 2 usytuowane pod sufitem przedziału kierowcy, z których jedno aktywne po włączeniu zapłonu, drugie zawsze aktywne,  - 2 następne, usytuowane na desce rozdzielczej, z których jedno aktywne po włączeniu zapłonu, drugie zawsze aktywne. | | TAK |  | | |
| **5.** | Instalacja elektryczna 12 V:  - 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  (Standard wtyk/gniazdo do uzgodnienia  z zamawiającym). | | TAK |  | | |
| **IV.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | | | |
| **1.** | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu wypełniona w całej przedniej części i po bokach modułami świetlnymi LED koloru niebieskiego. Pojazd wyposażony w modulator sygnałów,  z możliwością podawania komunikatów głosowych. Sygnalizacja zintegrowana z tylną częścią dachu pojazdu z modułami świetlnymi LED koloru niebieskiego, dodatkowe światła robocze LED do oświetlania przedpola za ambulansem oraz światła kierunkowskazów.  Sterowanie z panelu zamontowanego w konsoli środkowej z łatwym dostępem dla kierowcy.  Sygnalizacja wizualna włączonych elementów sygnalizacji uprzywilejowanej. | | TAK |  | | |
| **2.** | W pasie przednim na wysokości reflektorów (w atrapie chłodnicy, nie wystające poza obrys atrapy) 2 lampy pulsacyjne kierunkowe barwy niebieskiej typu LED oraz po dwa niebieskie światła LED z każdej strony w narożach przedniego zderzaka. – podłączone elektrycznie z możliwością łatwego rozłączenia w celach serwisowych. | | TAK |  | | |
| **3.** | Oznakowanie pojazdu:  - pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia,  - dodatkowy pas czerwony pod niebieskim oraz wokół dachu,  - napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu,  - standardowe oznaczenie (tło koloru nadwozia) typu karetki literą **S** wpisaną  w okrąg na bokach i drzwiach tylnych pojazdu,  - oznakowanie symbolem Państwowe Ratownictwo Medyczne na dachu, bokach  i drzwiach tylnych. Dodatkowo oznakowanie nazwą dysponenta (udostępnione po podpisaniu umowy). | | TAK |  | | |
| **4.** | Reflektory zewnętrzne (LED), po bokach pojazdu po 2 szt. z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów z kabiny kierowcy. | | TAK |  | | |
| **5.** | Dodatkowa elektryczna sygnalizacja dźwiękowa o mocy min. 200 W przeznaczona do pracy ciągłej włączana osobnym przyciskiem. | | TAK |  | | |
| **V.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | | | |
| **1.** | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniającej następującej wymogi:  - zakres częstotliwości - 168-170 MHz  - współczynnik fali stojącej - 1,6  - polaryzacja pionowa  - charakterystyka promieniowania – dookólna  - odporność na działanie wiatru 55 m/s  Dostęp do montażu anteny z przedziału medycznego (klapa rewizyjna).  Półka podsufitowa nad głową kierowcy przystosowana do zamontowania radiotelefonu. | | TAK |  | | |
| **2.** | W przedziale medycznym głośnik z regulacją głośności (regulator głośności głośnika zamontowany w przedziale medycznym). | | TAK |  | | |
| **VI.** | **SYSTEMY MONITORINGU GPS** | | | | | |
| **1.** | Moduł GPS Teltonika FM33XM lub inny współpracujący z Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego wraz z montażem, do którego podpięte są przewody informujące o działaniu zapłonu i informujące o włączonej sygnalizacji alarmowej (świetlnej i dźwiękowej). Moduł GPS ma być wyposażony i podłączony do zewnętrznych anten GSM i GPRS. | | TAK |  | | |
|  | W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej ADK07F 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.  Do uchwytu zamontowana stacja dokująca.  Tablet R11AH lub równoważny współpracujący z system SWDPRM o parametrach min.  11.6" XGA (1366 x 768) Display SLR with Touch i jasnością wyświetlacza 730nitów; Screen Protection film; CPU Intel i5-5200U; Memory 4GB; Storage MLC SSD 128GB; WLAN+BT Intel 7260; LTE + GPS; RJ45; 2M Front Camera; 5M Rear Camera; 2xUSB3.0; SDHC; TPM1.2; Main Battery Pack x1; Dock Connector w/Pass-Thr; AC Adaptor Power Cord; OS MS Win 10 Pro PL Magnezowa obudowa - odporny na wstrząsy, upadki i zalania/ IP65/ MIL-STD810G/ MIL-STD810F  Instalacja anten zewnętrznych GPS/GSM do stacji dokującej.  Zainstalowany i uruchomiony moduł lokalizacji pojazdu wraz z anteną zewnętrzną GPS/GSM współpracujący z systemem SWDPRM o parametrach min. FM3300 Teltonika lub równoważny .  Zainstalowana drukarka HP Officejet 202 lub równoważna | | TAK |  | | |
| **VII.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | |
| **1.** | Lampy sufitowe LED z oświetleniem rozproszonym w kolorze naturalnym zgodnym z normą, dzienne i nocne. | | TAK |  | | |
| **2.** | Co najmniej 1 sufitowy punkt LED (zabiegowy) o kolorze neutralnym punkt świetlny nad noszami, z regulacją kąta padania światła i 1 szt. nad stołem roboczym zgodne z normą. | | TAK |  | | |
| **VIII.** | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | |
| **1.** | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian (cokół). | | TAK |  | | |
| **2.** | Wzmocnione ściany boczne (wzmocnienie nie miejscowe lecz pełne) umożliwiające montaż sprzętu medycznego. | | TAK |  | | |
| **3.** | Ściany boczne i sufit łatwo zmywalne  i odporne na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | | TAK |  | | |
| **4.** | Na prawej ścianie jeden fotel obrotowy  z regulacją, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa,  z zapięciem po stronie przeciwnej niż ściana, przy której jest usytuowany oraz zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). | | TAK |  | | |
| **5.** | Dwa kosze (na odpady medyczne i odpady zmieszane) umiejscowione w zabudowie  o minimalnej pojemności 5 litrów lub kosz podwójny z zachowaniem podanych minimalnych pojemności. | | TAK |  | | |
| **6.** | Fotel obrotowy usytuowany przy ścianie działowej tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) oraz bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa. | | TAK |  | | |
| **7.** | Na lewej ścianie jeden fotel obrotowy  z regulacją, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa,  z zapięciem po stronie przeciwnej niż ściana, przy której jest usytuowany oraz zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym kątem oparcia. | | TAK |  | | |
| **8.** | Przegroda między kabiną kierowcy  a przedziałem medycznym zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi spełniające normę PN-EN 1789 lub równoważną. Przesuw drzwi sterowany elektrycznie. | | TAK |  | | |
| **9.** | Zabudowa meblowa na ścianie lewej i prawej:  - termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych  - zestawy szafek i półek wykonanych  z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego  - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty bez szuflad, ampularium  - szafka na 2 szt. butli tlenowych.  - na lewej ścianie zamontowany uchwyt do defibrylatora Lifepack 15,  Wykonawca na wezwanie Zamawiającego schemat oferowanej zabudowy medycznej przedstawiający widok ściany lewej i prawej przedziału medycznego. | | TAK |  | | |
| **10.** | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:  - zespół szafek z miejscem do zamocowania min. 1 szt. walizki lub torby medycznej  z dostępem z zewnątrz poprzez drzwi boczne  - blat roboczy na ścianie działowej po prawej stronie pojazdu wykończony blachą nierdzewną z pojemnikami na zużyte igły, strzykawki  - uchwyt mocujący min. 2 szt. pudełek na rękawiczki jednorazowe, pod blatem roboczym miejsce na plecak, przy ścianie działowej szafki na sprzęt medyczny, pojemnik reimplantacyjny  w zabudowie meblowej zamontowana lodówka sprężarkowa o poj. ok. 7 l do transportu leków z możliwością chłodzenia do +4 °C (+/- 1,5°C) z możliwością płynnej regulacji parametrów termicznych  i wyświetlaczem aktualnie utrzymywanej temperatury, z łatwym dostępem poprzez drzwi otwierane o kat 180 stopni  - miejsce do zamocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej zgodnie z PN-EN 1789 lub równoważną. | | TAK |  | | |
| **11.** | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 3 sztuki pojemników, | | TAK |  | | |
| **12.** | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | | TAK |  | | |
| **13.** | Centralna instalacja tlenowa:  - minimum 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego  - gniazdo poboru tlenu sufitowe monoblokowe typu panelowego  - 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami (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  - w przedziale medycznym uchwyt do zamocowania butli tlenowej o pojemności  2,7 litrów . | | TAK |  | | |
| **IX. WYMAGANIA DODATKOWE** | | | | | | |
| **1.** | W zabudowie meblowej zamontowany pojemnik reimplantacyjny o pojemności około 7 litrów. Chłodzenie poniżej temperatury otoczenia o 25°C. | | TAK |  | | |
| **2.** | W przedziale medycznym ma być zapewnione miejsce mocowania sprzętu medycznego tj. defibrylator, pompa infuzyjna, ssak elektryczny na lewej ścianie w zasięgu ręki lekarza, także respirator (opcjonalnie na suficie nad głową pacjenta) i wieszaki do kroplówek nad głową chorego | | TAK |  | | |
| **5.** | W przedziale medycznym zegar elektroniczny z kalendarzem (data, dzień, godzina). | | TAK |  | | |
| **6.** | Przedział medyczny ma być wyposażony w:  - urządzenie do wybijania szyb  - nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa  - nożyce typu emergency umożliwiające cięcie odzieży skórzanej, cienkiej blachy, gaśnicę,  - w przedziale medycznym mocowanie dla drukarki HP Officejet 100 zgodnie z PN-EN 1789 lub równoważną w sposób umożliwiający jej schowanie na czas transportu jak i drukowanie dokumentów z wyprowadzoną instalacją zasilającą 12V+gniazdo zasilające USB (2A)  i 230V zgodnie z p.III.2 oraz przewodem USB (przesyłanie danych ze stacji dokującej). | | TAK |  | | |
| **7.** | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:  - sygnalizację akustyczną i/lub optyczną ostrzegającą kierowcę o rozładowaniu akumulatora samochodu bazowego  i akumulatora dodatkowego  - sygnalizację optyczną informującą kierowcę o włączeniu reflektorów zewnętrznych  - sygnalizację optyczną informującą kierowcę o podłączeniu ambulansu do sieci 230 V  - sygnalizację optyczną informującą kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu  z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy.  W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej. Montaż z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kokpitu kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu  w sposób nie ograniczający korzystania  z funkcji kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera. Uchwyt ma mieć doprowadzone anteny zewnętrzne GPS i GPRS, dedykowane gniazdo 12V pod zasilacz oraz przewód USB łączący z drukarką (zgodnie z p. IX.6). | | TAK |  | | |
| **9.** | Wszelkie dodatkowe anteny (GPS, radiowa, FM itp.) muszą posiadać klapy rewizyjne w celach serwisowych. Jeśli lampa lub inne urządzenie służy jako klapa rewizyjna to musi być umiejscowiona bezpośrednio pod anteną. | | TAK |  | | |
| **10.** | Wszelkie elementy dodatkowej zabudowy przedziału medycznego muszą być wykonane w sposób gwarantujący możliwość dokonywania napraw (wymian) elementów pojazdu bazowego, bez niszczenia el. zabudowy. | | TAK |  | | |
| **X.** | **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 max. 72 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w czasie nie dłuższym jak max. 72 godziny od zgłoszenia (wymóg minimalny). | | **max. 72 godziny** | | **\*podać (w pełnych godzinach)**  **…………………….** |
| 4. | Gwarancja dostarczenia w ciągu max. 72 godzin do siedziby Zamawiającego ambulansu zastępczego spełniającego wymagania ambulansu min. typu C, jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił minimum 5 dni. | | **max. 72 godziny** | | **\*podać (w pełnych godzinach)**  **…………………….** |
| **XI.** | **GWARANCJA** | | | | |
| 1. | Gwarancja mechaniczna na ambulans - min. 24 miesiące (bez limitu km). | TAK | | |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. | TAK | | |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy. | TAK | | |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące.  Parametr dodatkowo punktowany | TAK  **24 m-ce - 0 pkt.**  **Powyżej**  **24 m-cy – 10 pkt.**  . | | | **\*podać (w miesiącach)**  **…………………………….** |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące. | TAK | | |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE** (opisać oferowane parametry)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOSZE GŁÓWNE ELEKTRYCZNO-HYDRAULICZNE O UDŹWIGU POWYŻEJ 300 Kg** – 1 szt. | | | | |
| Nazwa producenta (należy podać) - | | | | | |
| Nazwa handlowa lub numer katalogowy (należy podać) – | | | | | |
| rok produkcji (należy podać) – min. 2021 | | | | | |
| 1 | Nosze fabrycznie nowe | TAK | | |  |
| 2 | Wykonane z materiału odpornego na korozje lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK | | |  |
| 3 | Długość całkowita noszy min. 190 cm | TAK | | |  |
| 4 | Szerokość całkowita noszy min. 55 cm | TAK | | |  |
| 5 | Skracana rama noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach. | TAK | | |  |
| 6 | Całkowita długość noszy po skróceniu max. 160 cm. | TAK | | |  |
| 7 | Możliwość pochylenia, częściowego lub pełnego rozłożenia podparcia pleców noszy nawet po skróceniu ramy noszy | TAK | | |  |
| 8 | Nosze wyposażone w zagłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w przypadku transportu pacjenta o znacznym wzroście. | TAK | | |  |
| 9 | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia, ułożenia głowy na wznak oraz do tzw. pozycji węszącej | TAK | | |  |
| 10 | Płynna elektryczna i zapasowa manualna regulacja wysokości leża noszy w zakresie dolny od min. 35 cm górnym od min. 90 cm. | TAK | | |  |
| 11 | Udźwig noszy powyżej 300 kg. | TAK | | |  |
| 12 | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia zestawu | TAK | | |  |
| 13 | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha | TAK | | |  |
| 14 | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnym funkcji | TAK | | |  |
| 15 | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° | TAK | | |  |
| 16 | Rozkładane, regulowane w min. 7 pozycjach poręcze boczne zwiększające powierzchnię strefy do leżenia do szerokości min. 75 cm, certyfikowane w zakresie normy PN-EN 1865-3:2012 lub równoważnej | TAK | | |  |
| 17 | Nosze wyposażone w 4 koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. Min. 2 koła wyposażone w hamulce. | TAK | | |  |
| 18 | 2 koła kierunkowe z systemem blokady toczenia na wprost (zwolnienie i uruchomienie blokady dostępne z tyłu noszy) | TAK | | |  |
| 19 | Dodatkowy system blokady toczenia na wprost dostępny z przodu noszy | **TAK/NIE**  **TAK – 5 pkt**  **NIE – 0 pkt** | | | **Podać\***  **,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,** |
| 20 | 3 częściowy, składany teleskopowo wieszak na płyny infuzyjne | TAK | | |  |
| 21 | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy | TAK | | |  |
| 22 | Wyprofilowany materac mocowany na rzepy, umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, przystosowany do przewozu pacjentów otyłych o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące | TAK | | |  |
| 23 | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy w tym do sterowania noszy | TAK | | |  |
| 24 | Sterowanie elektryczne noszy zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu | TAK | | |  |
| 25 | Sterowanie elektryczne noszy dostępne na dwóch poziomach wysokości, zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu o zróżnicowanym wzroście | **Uchwyty do sterowania umieszczone na dwóch wysokościach – 5 pkt.**  **Uchwyty do sterowana umieszczone na jednej wysokości – 0 pkt.** | | | **Podać\***  **………………….** |
| 26 | Wyświetlacz stanu naładowania akumulatora wbudowany w nosze | TAK | | |  |
| 27 | System bezprzewodowego ładowania akumulatora noszy po wpięciu w mocowanie, sygnalizacja świetlna rozpoczęcia procesu ładowania w zestawie dodatkowa ładowarka/zasilacz akumulatora noszy 230V | TAK | | |  |
| 28 | Możliwość szybkiej, bezpiecznej wymiany akumulatora w noszach bez pomocy narzędzi |  | | |  |
| 29 | Nosze z automatycznym, hydrauliczno-elektrycznym systemem podnoszenia, obniżania eliminującym ręczne przenoszenie pełnego ciężaru pacjenta i noszy | TAK | | |  |
| 30 | Dodatkowy/rezerwowy system ręcznej obsługi noszy w tym: opuszczania, podnoszenia, załadunku i wyładunku noszy z ambulansu | TAK | | |  |
| 31 | Ręczna obsługa noszy (opuszczanie, podnoszenie, załadunek, rozładunek) dostępna w sytuacji transportu pacjenta wymagającego pozycji leżącej, dostęp do wszystkich manipulatorów ręcznego sterowania noszami bez konieczności zmiany pozycji pacjenta | TAK | | |  |
| 32 | Potwierdzenie spełnienia przez nosze normy dla medycznych urządzeń elektrycznych IEC 60601-1 lub równoważnej | TAK | | |  |
| 33 | Waga noszy 75 kg. Zgodnie z zapisami normy 1865-2:2010 + A1:2015 lub równoważnej oraz potwierdzenie spełnienia dynamicznej normy zderzeniowej PN EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważnej dla zapięcia noszy. | TAK | | |  |
| 34 | System mocowania noszy montowany bezpośrednio do podłogi ambulansulub stołu medycznego tzw. lawety, umożliwiający załadunek i rozładunek pacjenta bez wysiłku fizycznego o udźwigu minimum 390kg. System mocowania noszy lub stołu medycznego tzw. lawety musi być zgodny z zapisami norm PN-EN 1865-5:2012 lub równoważnej oraz posiadać potwierdzenie spełnienia dynamicznej normy zderzeniowej dla zapięcia noszy PN EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważnej.  *Z uwagi na udźwig noszy zamawiający wymaga złożenia najpóźniej w dniu dostawy przedmiotu zamówienia karty katalogowej mocowania noszy oraz karty katalogowej stołu medycznego tzw. lawety, jeśli została zaoferowana.*  *Dokumenty mają jednoznacznie potwierdzać, że zaoferowane rozwiązanie jest przeznaczone do użytkowania z zaproponowanym modelem noszy.* | TAK | | |  |
| 35 | Wbudowany w mocowanie noszy zapasowy panel sterowania pozwalający na automatyczne unoszenie/opuszczanie noszy, wypinanie/wpinanie noszy z funkcją rezerwowej obsługi manualnej wyżej opisanych opcji | TAK | | |  |
| 36 | Fabrycznie zainstalowane w mocowanie noszy wskaźniki typu LED ułatwiające naprowadzanie noszy na system mocowania np.: w nocy i potwierdzające poprawne zapięcie noszy w mocowaniu | TAK | | |  |
| 37 | Możliwość mycia ciśnieniowego mocowania podłogowego oraz ukompletowanych noszy (z akumulatorem). | TAK | | |  |
| 38 | Klasa szczelności noszy min. IPX6 | TAK | | |  |
| 39 | Zakres temperatur pracy noszy elektryczno-hydraulicznych od -34° do 54° C. | TAK | | |  |
| **II.** | **GWARANCJA NA NOSZE** | | | | |
| 1 | Okres gwarancji na nosze i system załadunku – min. 24 m-c | TAK | | |  |
| 2 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK | | |  |
| 3 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji – max. 24 h czas reakcji | TAK | | |  |
| 4 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji – max. 24 h od momentu zgłoszenia Wykonawcy awarii | TAK | | |  |
| 5 | Instrukcja obsługi i serwisowa w j. polskim | TAK | | |  |
| III. | **Plecak ratunkowy** | | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **……………………..** | | |
|  | Minimalne wymiary: wys. 60 cm x szer. 55 cm x gł. 30 cm lub wys. 62 cm x szer. 52 cm x gł. 30 cm wykonany z odpornego na przecieranie materiału,   * wyposażony w ampularium na 80 ampułek oraz ampularium na 8 ampułek, * wkład na intubację, * certyfikowane elementy odblaskowe, * min. 5 torebek segregacyjnych różnej wielkości, * min. 5 zewnętrznych kieszeni, * możliwość noszenia, pionowo, poziomo lub na plecach, * konstrukcja powinna umożliwia pranie ręczne lub automatyczne, * spód plecaka wzmocniony materiałem wodoodpornym, odpornym na ścieranie. | | TAK |  | | |
| IV. | **Torba pediatryczna** | | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **…………………..** | | |
|  | Minimalne wymiary:  wys. 36 cm x szer. 36 cm x gł. 28 cm lub wys. 35 cm x szer. 36 cm x gł. 30 cm   * wykonana z materiału odpornego na przecieranie, * konstrukcja powinna umożliwia pranie ręczne lub automatyczne, * spód torby wzmocniony materiałem, wodoodpornym, odpornym na ścieranie, * certyfikowane elementy odblaskowe, * min. 7 torebek segregacyjnych, * min. jedna duża zewnętrzna kieszeń * możliwość noszenia w ręku i na ramieniu. | | TAK |  | | |
| V. | **Respirator transportowy**  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 – do 3 kg  Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa  Tryb wentylacji IPPV/CMV lub równoważny  Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV lub równoważny przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej.  Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – max – 3 cm H20.  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/min  Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50 - 1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/min)  Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H20  Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV lub równoważnym: 100% i 60%  Manometr ciśnienia w układzie pacjenta  CPAP lub równoważne płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H20 jako integralna część respiratora  Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H20 – PEEP lub równoważne – 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 lub równoważną, 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 lub równoważna, 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 lub równoważny 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 lub równoważny, przewód tlenowy dł. min. 2 m. B) Regulacja pożądanej wartości ciśnienia CPAP lub równoważny uzyskiwana za pomocą wyboru odpowiedniego przepływu na reduktorze tlenowym. C) Zakres regulacji CPAP lub równoważny: 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 lub równoważnej  Urządzenie fabrycznie nowe, nie noszące znamion użytkowania bądź wykorzystywania do prezentacji.  Autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski.  Gwarancja na urządzenie –min. 24 miesiące  Zamawiający dopuszcza respirator spełniający najnowsze zharmonizowane normy, stosowany w wielu ZRM w Polsce oraz posiadający możliwość pracy podczas badania MRI, o parametrach:   * zasilanie pneumatyczne * zasada działania: czasowo zmienny generator przepływu * zakres przepływu: 8 – 39 l/min * zasilanie: pneumatyczne, suchy, bezolejowy gaz, ciśnienie 280 – 600 kPa * częstość oddechowa: płynna regulacja w zakresie 8 – 40 odd/min * objętość oddechowa: płynna regulacja w zakresie 70 – 1500 ml * współczynnik I:E od 1:1,4 (przy 40 odd/min) do 1:2,5 (przy 8 odd/min) * oddech manualny: zgodnie z nastawianą objętością i częstością oddechową * zastawka PEEP zintegrowana: zakres regulacji 0 – 20 cmH2O (model P310) * przepływomierz: zakres regulacji 0,5 – 35 l/min. (model P310) * ciśnienie w trybie CPAP: regulowane do maks. 10 – 16 cmH2O przy przepływie 35 l/min (model P310) * stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej: 50% / 100% * zastawka bezpieczeństwa: regulowana w zakresie 20 – 60 cmH2O * tryb „Demand” – zastawka „na żądanie”: przepływ zależny od podciśnienia w układzie oddechowym, ciśnienie aktywacji 2cmH2O, przepływ maksymalny > 120 l/min. * minimalna objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji CMV: 425 ml przy częstości 12 odd/min. * zakres pomiaru wbudowanego manometru ciśnienia: od −10 do +80 cmH2O * zużycie tlenu do sterowania pracą respiratora: ok. 60 ml/cykl * możliwość pracy w środowisku MRI o indukcji do 3 Tesla * temperatura pracy: −10 do +50 °C * temperatura przechowywania: −40 do +60 °C * wilgotność względna pracy / przechowywania: 0 – 95% * klasa odporności na wnikanie ciał stałych / cieczy: IP54 * zgodność z normą PN-EN 794-3, certyfikaty lotnicze, norma RTCA-DO 160 F * moduł alarmowy: alarm wysokiego ciśnienia w układzie oddechowym, sygnalizacja przekroczenia ciśnienia granicznego alarm niskiego ciśnienia / rozłączenia w układzie oddechowym: ciśnienie < 10 cmH2O w czasie 10 sek. zasilanie: bateria litowa typ 123 A 3,6 V; bateria litowa AA Pneupac W269-023 do użytku w środowisku MRI * wymiary: 93 x 235 x 165 mm * waga: 2,4 kg | | TAK | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **……………………** | | |
| VI. | **Krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym** | | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **………………….** | | |
|  | 4 koła w tym 2 skrętne  · możliwość złożenia do transportu w ambulansie  · wysuwane rączki przednie  · wysuwane uchwyt ramy oparcia  · udźwig – min. 225 kg  · podpórka pod stopy pacjenta  · 2 pasy poprzeczne  · dodatkowe rączki tylne  · waga kompletnego, gotowego do pracy krzesełka wraz z systemem płozowym - maksymalnie 15 kg  · dodatkowy system płozowy umożliwiający transport pacjenta po schodach | | TAK |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VII. | **Deska ortopedyczna dla dorosłych** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  …**……………** |
|  | 1. Deska o n/w funkcjach i parametrach:  - wykonana z tworzywa sztucznego , łatwo zmywalnego, przepuszczalna dla promieni X,  - minimum 14 dużych uchwytów umożliwiających pracę w grubych rękawicach.  Długość – min. 180 cm  Szerokość – min. 40 cm  Waga deski – max 10 kg  2. Pasy zabezpieczające do deski:  - Konstrukcja pasa dwuczęściowa  - Możliwość regulacji długości  - Pasy kodowane kolorami i całkowicie wodoodporne nieabsorbujące płynów  3.Stabilizator głowy:  - System 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych  - Podkładka z rzepem do przyczepiania klocków  - Paski do mocowania stabilizatora do deski | TAK |  |
| VIII. | **Nosze podbierakowe** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **………………..** |
|  | Nosze podbierakoweo n/w funkcjach i parametrach:  - wykonane z tworzywa ABS lub równoważnego.  - zestaw 3 pasów zabezpieczających, ergonomiczne uchwyty transportowe,  - nosze umożliwiające montaż systemu unieruchomienia głowy,  - nośność min. 150 kg,  - konstrukcja noszy umożliwiająca wykonanie pełnego zdjęcia RTG na poziomie diagnostycznym (głowy, miednicy kręgosłupa),  - wielostopniowa regulacja długości noszy umożliwiająca dopasowanie ich  do wymiarów pacjenta,  - min.10 ergonomicznych uchwytów zdystansowanych od podłoża znajdujących się na obwodzie noszy służących do przenoszenia,  - konstrukcja noszy zabezpieczająca je przed wnikaniem wewnątrz płynów organicznych oraz materiału zakaźnego,  - waga noszy poniżej 9 kg. | TAK |  |
| IX. | **Nosze płachtowe** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **……………………** |
|  | Nosze płachtoweo n/w funkcjach i parametrach:  - nośność min. 150 kg,  - min. 8 uchwytów do przenoszenia,  - kieszeń na nogi. | TAK |  |
| X. | **Deska ortopedyczna dla dzieci** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **……………..** |
|  | Deska ortopedyczna dla dziecio n/w funkcjach i parametrach:  - wyposażona w pasy 4 szt. w różnych kolorach,  - min. 4 uchwyty do przenoszenia,  - komplet klocków do unieruchomienia głowy,  - wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego,  - minimalne dopuszczalne obciążenie 50 kg i dł. min.120 cm,  - przenikalna dla promieni X,  - pediatryczny system unieruchomienia głowy składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami na uszy oraz dwóch pasków mocujących głowę,  - waga deski do 5 kg.  Zamawiający dopuszcza unieruchomienie pediatryczne z wbudowanym unieruchomieniem głowy, posiadające system różnokolorowych, ruchomych pasów zabezpieczających, 4 uchwyty do przenoszenia i 2 pętle do mocowania na noszach karetkowych. Mocowanie poszkodowanego nie utrudniają dostępu do klatki piersiowej w celu monitorowania czy defibrylacji. Materiały, z których wykonana jest deska pediatryczna są wytrzymałe, łatwe w utrzymaniu czystości oraz przenikliwe dla promieni X. Długość unieruchomienia wynosi 122 cm, obciążenie 41 kg, a waga to zaledwie 3 kg. | TAK |  |
| XI. | **Materac próżniowy** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **…………….** |
|  | Materac próżniowy  - całkowicie przenikalny dla promieni X,  - min. 4 uchwyty na krótszych bokach,  - min. 4 pasy poprzeczne,  - wymiary ok.: 80 cm x 190 cm,  - akcesoria: pompka, pokrowiec na materac. | TAK |  |
| XII. | **Kamizelka unieruchamiająca typu KED lub równoważna** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **……………..** |
|  | Kamizelka unieruchamiająca typu KED lub równoważnao n/w funkcjach i parametrach:  - zapewniająca unieruchomienie głowy, szyi, tułowia oraz kręgosłupa na całej jego długości, przy zachowaniu swobodnego dostępu do klatki piersiowej (monitorowanie, defibrylacja),  - regulowane pasy mocujące piersiowe (3szt.) umożliwiają jej zastosowanie u dzieci i u kobiet ciężarnych,  - wykonana z wytrzymałego materiału odpornego na przetarcia,  - materiał zmywalny – tworzywo sztuczne, odporny na środki dezynfekcyjne,  - min. 3 uchwyty transportowe,  - min. 2 pasy biodrowe,  - przenikliwa dla promieni X,  - poduszka wypełniająca anatomiczne krzywizny ciała,  - pokrowiec,  - waga max. 3,0 kg,  - udźwig min. 225 kg,  - min. 2 pasy stabilizujące głowę  **Powyżej zamieszczony opis kamizelki stanowi minimalne wymagane parametry, które stanowią kryteria zastosowane w celu oceny równoważności** | TAK |  |
| **XIII.** | **Szyny Kramera lub równoważne – 1 opak.** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **………………….** |
|  | Szyny Kramera lub równoważneo funkcjach i parametrach:  - torba do transportu szyn,  - uchwyty umożliwiające transport szyn w ręku i na ramieniu  - każda z szyn znajduje się w zdejmowanym, miękkim powleczeniu;  - szyny odpowiadające rozmiarami do unieruchamiania kończyn górnych i dolnych.  **Powyżej zamieszczony opis szyn stanowi minimalne wymagane parametry, które stanowią kryteria zastosowane w celu oceny równoważności** | TAK |  |
| **XIV.** | **Ssak mechaniczny ręczny** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **…………..** |
|  | Ssak mechaniczny ręcznyo n/w funkcjach i parametrach:  - obudowa pompy: tworzywo ABS lub równoważne,  - wydajność: min. 20 l/min,  - podciśnienie max.: 550 mmHg,  - pojemność pojemnika min. 300 ml,  - cewniki dla dorosłych i dzieci,  - nasadka do rurki intubacyjnej.  Zamawiający dopuszcza ssak wyposażony w jednorazowy przeźroczysty zbiornik na treść o poj. 200ml, rurę śr. 8 mm, łącznik jednorazowego użytku do cewnika oraz 3 cewniki j.u. Całość w torbie na zamek błyskawiczny. Zbiornik posiada zastawki jednostronne zabezpieczające przed wydobywaniem się odsysanej wydzieliny ze zbiornika. Posiada również zabezpieczenie przed przepełnieniem zbiornika. Podciśnienie (max) 0.4 MPa Maksymalny przepływ powietrza 20 l/min. Waga 202g Wymiary 17x5x18 cm. | TAK |  |
| **XV.** | **Ssak akumulatorowy** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **………………** |
|  | Ssak akumulatorowyo n/w funkcjach i parametrach:  - siła ssania wybierana przez naciśnięcie klawisza do **min.** 0,8 bar **lub za pomocą pokrętła od 0 do min. 0,8 bar**  *-* podświetlanie klawiszy umożliwiające pracę w warunkach ograniczonej widoczności **lub podświetlane przyciski sterujące za pomocą wbudowanej lampy LED, która dodatkowo oświetla pole pracy zespołu w warunkach ograniczonej widoczności.**  *-* elektroniczny system wyłączający pompę ssącą w przypadku przekroczenia  ustawionej siły ssania,  - zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji w autoklawie:  poj. min. 1,0 l.,  - dodatkowy zbiornik umożliwiający zastosowanie wkładów na wydzielin jednorazowego użytku.  - integralnie wbudowany filtr bakteryjny,  - mocowanie ścienne w przedziale medycznym,  - zasilanie 12 V zintegrowane z mocowaniem ściennym,  - czas pracy z akumulatora: do 45 minut,  - pojemnik wielokrotnego użytku,  - żywotność baterii: min. 2 lata (min. 400 cykli ładowania).  Wyposażenie dodatkowe:  - torba na akcesoria | TAK |  |
| **XVI.** | **Mankiet do szybkich przetoczeń** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  **…………….** |
|  | Mankiet do ciśnieniowego toczenia płynów infuzyjnych - - wykonany z wytrzymałych materiałów  - przeźroczysta przednia ścianka mankietu zapewniająca pełną widoczność butelki lub worka z płynem z zaczepem do powieszenia na stojaku lub innym punkcie zapewniającym toczenie grawitacyjne  wbudowany manometr z czytelną skalą przytwierdzony do mankietu oraz klasyczna gruszka z zaworem obrotowym umożliwiając precyzyjną kontrolę i regulację szybkości przepływu  mankiet przeznaczony do butelek lub worków o pojemności od 500 do 1000 ml | TAK |  |
| **XVII.** | **Termometr lekarski** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  …………….. |
|  | - z możliwością pomiaru temperatury głębokiej  - minimalny zakres 28-42oC  - elektroniczny | TAK |  |
| **XVIII.** | **Koc bakteriostatyczny** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  ………………… |
|  | Powłoka bakteriostatyczna wykonana jest z poliestru powleczonego poliuretanem  Produkt o właściwościach niepalnych  Wentylowany - oddychający, utrzymujący ciepło  Wodoodporny – nie przepuszcza płynów i cieczy  Bakteriostatyczny – zapobiega rozwojowi bakterii i drobnoustrojów  Łatwy w czyszczeniu  Dezynfekcja ogólnodostępnymi płynami | TAK |  |
| **XIX.** | **Laryngoskop** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  ………………… |
|  | Laryngoskop z oświetleniem standardowym z łyżkami MC 1-4 lub równoważnymi do intubacji dzieci i dorosłych, z możliwością sterylizacji w autoklawie.  **Powyżej zamieszczony opis łyżek stanowi minimalne wymagane parametry, które stanowią kryteria zastosowane w celu oceny równoważności** | TAK |  |
| **XX.** | **Pompa infuzyjna** **jednostrzykawkowa** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  …………………. |
|  | prostota obsługi i wysoka niezawodność  duży, czytelny wyświetlacz  możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji  praca ze strzykawkami 5-60 ml (powyżej 55 typów)  automatyczne rozpoznawanie rozmiaru strzykawki  tryb pracy „standard” umożliwiający programowanie w jednostkach objętościowych  tryb pracy umożliwiający programowanie w jednostkach wagowych  tryb pracy umożliwiający infuzję wielofazową  funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS  system wielopoziomowego wykrywania okluzji z funkcją ANTY-BOLUS(ABS)  rozbudowany system alarmów  wbudowana biblioteka leków  wbudowany system testów  komunikacja zewnętrzna w standardzie RS232  możliwość odczytu historii zdarzeń na wyświetlaczu lub w postaci pliku XML  możliwość długotrwałej pracy z akumulatora | TAK |  |
| **XXI.** | **Kołnierze ortopedyczne dla dzieci - 3 szt. i dla dorosłych - 3 szt.** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  ……………. |
|  | Kołnierze ortopedycznych dla dzieci i dla dorosłycho n/w funkcjach  i parametrach:  - sztywny, z możliwością sprawdzenia tętna na tętnicach szyjnych,  - kołnierz uniwersalny regulowany dla dzieci oraz kołnierz uniwersalny dla dorosłych,  - unieruchomienie szyi w neutralnej, bezpiecznej pozycji, regulacja podbródka w 3 punktach,  - uniwersalne podparcie potylicy,  - łatwy dostęp do tchawicy i żył szyjnych,  - wykonany z materiału zabezpieczającego wchłanianie krwi i wody,  - przenikalny dla promieni X | TAK |  |
| **XXII.** | **Ciśnieniomierz zegarowy** | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  ……………….. |
|  | Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi przenośny z mankietem dla dorosłych, z dużym mankietem i zestawem mankietów dla dzieci w 3 rozmiarach | TAK |  |
| **XXIII.** | **Urządzenie do wspomagania kompresji klatki piersiowej**  -szt.1 | | **(Podać nazwę producenta**  **oraz nazwę handlową lub numer katalogowy)**  ……………… |
| 1. | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej,  fabrycznie nowe - rok produkcji min. 2020 rok. | TAK |  |
| 2. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | TAK |  |
| 3. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne | TAK |  |
| 4. | Głębokość i częstotliwość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC  Głębokość w zakresie – od 5 do 6 cm  Częstość uciśnięć regulowana manualnie w zakresie od 100 do 120 uc./min. | TAK |  |
| 5. | Źródło zasilania:  - akumulator wewnętrzny i  - zasilanie z instalacji elektrycznej ambulansu DC 12 V i  - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V | TAK |  |
| 6. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego  podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania  (230 V AC lub 12 V DC) | TAK |  |
| 7. | Ładowarka wbudowana wewnątrz urządzenia | TAK |  |
| 8. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie  transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min. | TAK |  |
| 9. | Możliwość wykonania defibrylacji za pomocą tzw. manualnych łyżek  defibrylacyjnych bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK |  |
| 10. | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą lub plecakiem < 12 kg | TAK |  |
| 11. | Funkcja bezprzewodowej WIFI lub/i Bluetooth (nie pendrive, nie karta pamięci) automatycznej  transmisji danych z wbudowanej pamięci, obejmującej raportowanie  parametrów zakończonej resuscytacji tj. godzina włączenia, czas pracy,  ilość wykonanych przerw, ich długość oraz głębokość i prędkość uciśnięć.  Dane przesyłane automatycznie i bezpośrednio z urządzenia na  konfigurowalne adresy na e-mail np.: dyrektora medycznego lub/i  koordynatora medycznego pogotowia. | Tak |  |
| 12. | Bezprzewodowa (nie pendrive, nie karta pamięci) zdalna konfiguracja  parametrów pracy urządzenia/urządzeń za pomocą komputera, tabletu,  telefonu np.: Dyrektora medycznego lub/i koordynatora medycznego. | Tak |  |
| 13. | Wyposażenie urządzenia:  • torba lub plecak  • deska / podkładka pod plecy  • pasy do mocowania rąk pacjenta  • jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 2 szt.)  • akumulator  • zasilacz sieciowy AC 210 - 250 V  • przewód zasilający do ambulansu DC 12 V  • inne (jeśli występują proszę opisać) | TAK |  |
| 14. | Wszystkie dostarczone z urządzeniem akcesoria muszą być wyszczególnione w deklaracji zgodności oraz opisane w instrukcji obsługi urządzenia | TAK |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK |  |
| Oferowane urządzenie musi spełniać wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz posiadać Deklarację Zgodności z Normą PN-EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważną, potwierdzającą możliwość przewożenia i pracy urządzenia w ambulansie medycznym , karta katologowa produktu proponowanego urządzenia - załączyć wraz z dostawą | TAK |  |

*\*wypełnia Wykonawca*

*\*Wykonawca zobowiązany jest w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne wskazane przez Zamawiającego,   
do potwierdzenia tego zapisem „TAK " umieszczonym w kolumnie "Parametr oferowany" lub opisania zaoferowanego parametru*

**Oświadczam(y), że podane parametry odpowiadają wymogom SWZ.**