***Załącznik nr 2 do SWZ ZP/01/SPZOZ/2024 / Załącznik nr 1 do Umowy***

**Formularz techniczny i cenowy**

**Zakup dwóch ambulansów dla zespołów ratownictwa medycznego**

**wraz z dodatkowym wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ambulans typu C – 2 sztuki  Pojazd kompletny: Marka ………………………Typ ……………………………….… Oznaczenie handlowe ………….…………………….  Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:....................................................................................................................................  Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać): ………………………………………………………………………………………………………………………………  Rok produkcji pojazdu kompletnego (pojazd bazowy): **nie wcześniejszy niż 2023 rok**.  Rok produkcji pojazdu skompletowanego (zabudowa i ambulans): **2024 rok.** | | | | | |
| **L.p.** | **Parametry / Warunek/ wymagane wartości graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr techniczny podlegający ocenie** | **Wypełnia Wykonawca / opis parametrów technicznych - oferowanych** | **Wypełnia Zamawiający / ocena parametrów technicznych** |
| **Wymagane parametry techniczne:** | | | | | |
| 1. **POJAZD BAZOWY:** | | | | | |
| **Silnik i napęd:** | | | | | |
| 1. | Turbodiesel o pojemności **1950 cm3.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 2. | Zbiornik paliwa o pojemności **71 L.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 3. | Rodzaj paliwa **olej napędowy.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 4. | Moc silnika, maksymalny moment obrotowy **190KM/450nm.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 5. | Skrzynia **automatyczna.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 6. | Napęd **na oś tylną.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Nadwozie:** | | | | | |
| 7. | Kolor nadwozia **żółty.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 8. | Drzwi boczne prawe i lewe **przesuwane do tyłu.** | TAK | Fabryczny elektryczny system domykania drzwi przesuwnych (lewych i prawych)  **– 10 pkt;**  Brak systemu domykania drzwi  **– 0 pkt.** |  |  |
| 9. | Typ **furgon.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 10. | Dopuszczalna masa całkowita **3,88 t.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 11. | Zderzaki **nielakierowane.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 12. | Lusterka **nielakierowane.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 13. | Stopień tylny **antypoślizgowy** stanowiący zderzak tylny ochronny. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 14. | Drzwi tylne **przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia 260 stopni**. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Opony/koła:** | | | | | |
| 15. | Komplet kół **na felgach stalowych z oponami letnimi 16”.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Zawieszenie:** | | | | | |
| 16. | Zawieszenie **gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Wyposażenie funkcjonalne:** | | | | | |
| 17. | Immobilizer. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 18. | Klimatyzacja kabiny kierowcy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 19. | Gniazdo 12V. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 20. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 21. | Centralny zamek sterowany pilotem. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 22. | Szyby w kabinie kierowcy sterowane elektrycznie. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 23. | Lusterka zewnętrzne regulowane elektrycznie. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 24. | Fotele w kabinie kierowcy regulowane. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Układ hamulcowy:** | | | | | |
| 25. | Układ hamulcowy **ze wspomaganiem.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Systemy wspomagając:** | | | | | |
| 26. | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy **ESP.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 27. | System **ABS** zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Układ kierowniczy:** | | | | | |
| 28. | Układ kierowniczy ze wspomaganiem. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 29. | Układ kierowniczy z regulowaną kolumną kierownicy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Wymiary zewnętrzne nadwozia bez sygnalizacji ostrzegawczej oraz anten:** | | | | | |
| 30. | Wysokość pojazdu **od 2600 do 2700 mm** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 31. | Całkowita długość pojazdu **od 5900 do 6000 mm.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 32. | Szerokość pojazdu (od lusterka do lusterka) **od 2300 do 2400 mm.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 1. **ADAPTACJA AMBULANSU:** | | | | | |
| **Przedział medyczny:** | | | | | |
| 33. | Wymiary przedziału medycznego **(długość 3200-3300 mm, szerokość 1700-1800 mm, wysokość 1800-1900 mm).** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 34. | **Termobox** – stacjonarny ogrzewacz płynów infuzyjnych. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 35. | **Podłoga wzmocniona, antypoślizgowa, łatwo zmywalna, połączona szczelnie z pokryciem boków** – typu „wanna”, umożliwiająca mocowanie noszy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 36. | **Zabezpieczenie urządzeń oraz elementów wyposażenia** przed ewentualnym przesunięciem w czasie ruchu pojazdu z jednoczesną gwarancją dostępu i użycia. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 37. | **Uchwyt dla personelu.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 38. | **Uchwyt na płyny infuzyjne** (na 4 sztuki płynów). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 39. | **Na ścianie lewej:** szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla sprzętu medycznego (uchwyty do sprzętu po stronie Zamawiającego). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 40. | **Izolacja termiczna i akustyczna** obejmująca ściany oraz sufit zapobiegająca skraplaniu się pary wodnej. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 41. | **Ściany boczne, sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym** – łatwo zmywalnymi i odpornymi na środki dezynfekujące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 42. | **Ściany boczne wzmacniane płytami z aluminium,** przystosowane do zamocowania sprzętu medycznego. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 43. | **Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z drzwiami z oknem** umożliwiającym komunikowanie się pomiędzy przedziałem medycznym i kabiną kierowcy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 44. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) miejsce mocowania:  - deski ortopedycznej dla dorosłych,  - noszy podbierających,  - krzesełka kardiologicznego,  - torby ratowniczej,  - materaca próżniowego,  - klocków do desek,  - kasków,  - dwóch butli tlenowych 10 L  (sprzęt nie jest wymagany). | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Miejsca siedzące / leżące w przedziale medycznym:** | | | | | |
| 45. | Fotel na prawej, skierowany przodem do kierunku jazdy (obrotowy z regulacją kąta oparcia pod plecami) wyposażony w zintegrowane z oparciem trzypunktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowane oparcie i składane siedzisko (2 fotele). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 46. | Laweta mechaniczna pod nosze główne. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Sterowanie zabudową:** | | | | | |
| 47. | **Panel w kabinie** – informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych, informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu połączenia ambulansu do sieci 230 V, informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego – **panel analogowy.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 48. | **Panel w przedziale medycznym –** informującyo temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu, z funkcją zegarka (aktualny czas) i kalendarza (data, dzień), sterujący oświetleniem przedziału medycznego, sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego, zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zdalnej temperatury **(panel analogowy).** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Oświetlenie przedziału medycznego:** | | | | | |
| 49. | **Punktowe oświetlenie halogenowe zamocowanie na suficie** – 1 szt. nad blatem roboczym. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 50. | **Punktowe oświetlenie halogenowe** zamocowane w suficie (obrotowe) – 4 szt. nad noszami. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 51. | **Energooszczędne oświetlenie** umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Instalacja tlenowa:** | | | | | |
| 52. | **Centralna instalacja tlenowa z dwoma punktami poboru typu AGA** – gniazda o budowie monoblokowej panelowej (dwa punkty na ścianie lewej). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 53. | **Dodatkowe sufitowe gniazdo AGA.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 54. | **Uchwyt małych butli tlenowych w schowku.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Instalacja elektryczna:** | | | | | |
| 55. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 56. | Gniazdo zewnętrzne umożliwiające połączenie ambulansu do sieci 230V na postoju + przewód 10 m (na pojeździe zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230 V) **typ defa.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 57. | W przedziale medycznym cztery gniazda 12 V – typ lexel, 3 gniazda 230 V | TAK | bez punktacji |  |  |
| 58. | **Głośnik w przedziale medycznym** podłączony do radia z wyłącznikiem | TAK | bez punktacji |  |  |
| 59. | **Grzałka w układzie chłodzenia silnika.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Sygnalizacja świetlno-dźwiękowa:** | | | | | |
| 60. | **Belka świetlna** zamontowana w przedniej części dachu (zintegrowana). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 61. | **Belka świetlna** zamontowana w tylnej części dachu (zintegrowana). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 62. | **Dodatkowe niebieskie lampy typu led:** grill, lusterka, słupki tylne, błotniki przód i tył. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 63. | **Sygnalizacja modulowana** realizowana przez głośnik zamontowany na pasie przednim, możliwość podania komunikatów głosem. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 64. | **Dodatkowe sygnały pneumatyczne.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Ogrzewanie i wentylacja przedziału medycznego:** | | | | | |
| 65. | **Nagrzewnica** umożliwiająca ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 66. | Niezależnie od pracy silnika **ogrzewanie przedziału medycznego tzw. powietrzne.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 67. | **Instalacja nawiewno-wywiewna** (wentylator dachowy z lampą). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 68. | **Rozbudowa fabrycznej klimatyzacji** kabiny kierowcy samochodu bazowego na przedział medyczny. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 69. | **Ogrzewanie postojowe z sieci 230 V –** termowentylator. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 70. | **Szyberdach.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Dodatkowe oświetlenie:** | | | | | |
| 71. | **Lampy świateł awaryjnych na drzwiach** tylnych włączające się po ich otwarciu (lampy typu LED). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 72. | **Lampy obrysowe** w tylnej górnej części nadwozia, dodatkowe kierunkowskazy w tylnej części nadwozia. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 73. | **Reflektory zewnętrzne** ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji z lewej i prawej strony (reflektory typu LED) oraz z tyłu. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Oznakowanie pojazdu:** | | | | | |
| 74. | **Pas odblaskowy** z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 75. | **Pas odblaskowy** z foli typu 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 76. | **Pas odblaskowy** z folii typu 1 niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (pomiędzy linią okien i nadkoli). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 77. | **Logo Państwowe Ratownictwo Medyczne** po bokach i na dachu pojazdu. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 78. | **Oznaczenie typu karetki na bokach i drzwiach pojazdu.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| 79. | **Napis Ambulans** na dachu z przodu pojazdu (lustrzany) oraz z tyłu pojazdu. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 80. | **Okna w kabinie** sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią pół przeźroczystą. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 81. | **Logo i napis Zamawiającego** (przesłane po wyborze ofert do wybranego Wykonawcy). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 82. | **Oznakowanie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.** | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Środki łączności:** | | | | | |
| 83. | **Antena** radiotelefonu z instalacją połączeniową. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 84. | **Radiotelefon** przewoźny | TAK | bez punktacji |  |  |
| 85. | **Radiotelefon** przenośny | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Ponadstandardowe wyposażenie:** | | | | | |
| 86. | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 87. | Przetwornica 1000W – napięcie w gniazdach 230V podczas jazdy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 88. | Kamera cofania oraz przedziału. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 89. | Pojemniki na materiały ostre. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 90. | Lodówka sprężarkowa. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 91. | Czujnik przód + tył. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 92. | Dodatkowy stopień przy prawych drzwiach przesuwnych. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 93. | Szperacz przenośny. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 94. | Instalacja pod system SWD PRM. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 95. | butla tlenowa 10 L (pusta) x2 + reduktor butli x2. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 96. | butla tlenowa 2,7 L (pusta) x1 + reduktor butli x1. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 97. | przepływomierz z nawilżaczem (x1). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 98. | Dywaniki gumowe. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 99. | Koła zimowe 4 sztuki | NIE | TAK – **15 pkt**;  NIE – **0 pkt** |  |  |
| 1. **POZOSTAŁE WARUNKI DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:** | | | | | |
| 100. | Typ ambulansu C, ambulans wyposażony w cztery miejsca siedzące oraz jedno leżące – przeznaczony do transportu maksymalnie 4 osób. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 101. | Ambulans bezwypadkowy | TAK | bez punktacji |  |  |
| 102. | Ambulans wolny od wad ukrytych, kompletny, nie wymaga dodatkowych nakładów i jest gotowy do pracy | TAK | bez punktacji |  |  |
| 103. | Ambulans nie posiadający zabezpieczenia (zastawu na rzeczy ruchomej) | TAK | bez punktacji |  |  |
| 104. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 105. | Dostawa na lawecie. | TAK | dostawa:  do 60 dni – **15 pkt;**  od 61 – 90 dni– **0 pkt** |  |  |
| **Zamawiający na własny koszt pokryje koszty ubezpieczenia i rejestracji.** | | | | | |
| 1. **WYPOSAŻENIE DODATKOWE – ROZMIESZCENIE SPRZĘTU (szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się  w tabelach poniżej)** | | | | | |
| 106. | **AMBULANS 1 dodatkowe wyposażenie:**  - nosze z systemem elektrycznego wspomagania podnoszenia, opuszczania oraz załadunku noszy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 107. | **AMBULANS 2 dodatkowe wyposażenie:**  - wideolaryngoskop,  - urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce wbudowanego w pojazd lub umożliwiającego montaż w pojeździe,  - urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach). | TAK | bez punktacji |  |  |

**DODATKOWE WYPOSAŻENIE MEDYCZNE (dla pozycji 106 i 107 – rozmieszczenie sprzętu)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nosze z systemem elektrycznego wspomagania podnoszenia, opuszczania oraz załadunku – 1 sztuka  **Marka …………………………………… Model …………………………………………. Rok produkcji …………..** | | | | | |
| **L.p.** | **Parametry / Warunek/ wymagane wartości graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr techniczny podlegający ocenie** | **Wypełnia Wykonawca / opis parametrów technicznych - oferowanych** | **Wypełnia Zamawiający / ocena parametrów technicznych** |
| **Wymagane parametry techniczne:** | | | | | |
| 1. | Nosze fabrycznie nowe; monoblokowe, wielofunkcyjne, samojezdne, zasilane elektrycznie. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 2. | Dedykowany, mechaniczny (bez zasilania elektrycznego) uchwyt noszy mocowany do lawety lub podłogi w ambulansie, umożliwiający utrzymanie całego ciężaru noszy z pacjentem bez wysiłku fizycznego w trakcie załadunku i wyładunku do i z ambulansu przez przynajmniej jedną osobę, bez użycia rampy, podjazdu, wciągarki itp. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 3. | Hydrauliczny system wspomagania opuszczania i podnoszenia noszy zasilany wbudowanym na stałe akumulatorem o pojemności min 5 Ah. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 4. | Płynna elektryczna regulacja wysokości noszy w pełnym zakresie min. 38-130 cm. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 5. | Automatyczne doładowywanie akumulatora noszy po wpięciu do dedykowanego uchwytu, świetlny wskaźnik naładowania akumulatora w widocznym miejscu. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 6. | Wyprofilowany materac w części środkowej dodatkowo stabilizujący miednicę w trakcie transportu, zwłaszcza u pacjentów otyłych. Umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 7. | Regulowane poręcze boczne, składane na boki, umożliwiające powiększenie powierzchni dla pacjenta bariatrycznego do min. 90 cm szerokości. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 8. | Nosze wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją, zabezpieczone przed powstawaniem drobnych uszkodzeń np. farbą, anodą itp. (podać), odporne na środki dezynfekujące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 9. | Konstrukcja noszy bezpieczna dla pacjenta i obsługi, ma zapobiegać uszkodzeniom ciała. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 10. | Nosze muszą posiadać trwałe oznakowanie elementów związanych z ich obsługą. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 11. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości noszy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 12. | Możliwość ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 13. | Płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecy do kąta 90°. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 14. | Możliwość skrócenia długości ramy noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach, windach itp. max długość po skróceniu 165 cm. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 15. | Składany teleskopowo statyw na kroplówki z mocowaniem. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 16. | Zagłówek mocowany do ramy noszy umożliwiający przedłużenie części noszowej dla pacjentów o wzroście powyżej 190 cm. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 17. | Stabilizator głowy pacjenta. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 18. | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy: pasy szelkowe, system szybkozłączy do odpinania i zapinania. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 19. | Dodatkowe pasy lub uprząż dla dzieci. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 20. | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min 15 cm i szerokości 5 cm, obrotowe o 360o , min 2 wyposażone w hamulce, blokada kół do jazdy na wprost. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 21. | System awaryjnego, ręcznego podnoszenia, opuszczania, załadunku i wyładunku noszy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 22. | Automatyczne zwalnianie noszy z mocowania za pomocą jednego przycisku. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 23. | Wbudowany moduł Bluetooth | TAK | bez punktacji |  |  |
| 24. | Regulacja dedykowanej wysokości najazdowej noszy za pomocą aplikacji (moduł BT). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 25. | Rekomendowana wysokość załadunku do min 95. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 26. | Zakres temperatury pracy noszy zgodny z normą PN EN 1789 lub równoważne. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 27. | Dopuszczalne obciążenie noszy min. 320 kg. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 28. | Dopuszczalna waga zestawu zgodna z normą PN EN 1865-2 lub równoważną, max 75 kg. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 29. | Możliwość mycia ciśnieniowego, min IP66. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 30. | Nosze zgodne z aktualnymi normami ambulansowymi PN EN 1789, PN EN 1865-2 lub równoważne, do oferty załączyć certyfikaty wystawione przez niezależną jednostkę notyfikowaną, deklaracja zgodności. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 31. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Wideolaryngoskop – 1 sztuka**  **Marka …………………………………… Model …………………………………………. Rok produkcji …………..** | | | | | |
| **L.p.** | **Parametry / Warunek/ wymagane wartości graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr techniczny podlegający ocenie** | **Wypełnia Wykonawca / opis parametrów technicznych - oferowanych** | **Wypełnia Zamawiający / ocena parametrów technicznych** |
| **Wymagane parametry techniczne:** | | | | | |
| 1. | Ekran dotykowy o przekątnej 3”. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 2. | Ekran z podłączanym torem wizyjnym. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 3. | Wymiary maksymalne z łyżką rozm. 4 : 190 x 80 x 150 mm. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 4. | Urządzenie wyposażone w baterię 2250 mAh. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 5. | Maksymalny czas pracy na w pełni naładowanej baterii 210 minut. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 6. | Rozdzielczość ekranu 720 x 480 pikseli | TAK | bez punktacji |  |  |
| 7. | Regulacja kąta nachylenia ekranu w pionie: 110°. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 8. | Natężenie oświetlenia: minimum 150 lx. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 9. | Pojemność pamięci 32GB (ponad 400 000 zdjęć lub 16 godzin video). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 10. | Stopień ochrony ekranu IP3 oraz rękojeści IP7. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 11. | Rękojeść wielorazowa rozmiar 3. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 12. | Jednorazowe nakładki rozmiar 2 – 10 szt., rozmiar 3 – 10 szt., rozmiar 4 – 20 szt. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 13. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce – 1 sztuka**  **Marka …………………………………… Model …………………………………………. Rok produkcji …………..** | | | | | |
| **L.p.** | **Parametry / Warunek/ wymagane wartości graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr techniczny podlegający ocenie** | **Wypełnia Wykonawca / opis parametrów technicznych - oferowanych** | **Wypełnia Zamawiający / ocena parametrów technicznych** |
| **Wymagane parametry techniczne:** | | | | | |
| 1. | Wymiary: 360 × 220 × 85 mm (dł. x wys. x szer.). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 2. | Waga: 3,4 kg (maks. 5 kg w pełnej konfiguracji z baterią). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 3. | Wydajność: do 33 m2 (99 m3) przy pracy ciągłej. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 4. | Zasilanie:  - AC 100 - 240 V (50-60Hz) oraz DC 12V (opcja)  - bateria 14.4V 2.5Ah Li-Ion (opcja)  - kabel do zasilania z zapalniczki samochodowej 12V DC (opcja). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 5. | Ilość generowanego ozonu: 800 mg/h | TAK | bez punktacji |  |  |
| 6. | Zużycie energii:  - tryb ozonowania – maks. 28W,  - tryb dezynfekcji: maks 15W. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 7. | Filtr: nadający się do umycia filtr wstępny + filtr węglowy. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 8. | Poziom hałasu: maks. 45 Db. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 9. | Zakres dezynfekcji: bakterie, wirusy, prątki, zarodniki grzybów itp. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 10. | Tryb dezynfekcji: UVC, Promieniowa Jonizacja Katalityczna (RCI) oraz jonizacja plazmowa HPI. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 11. | Tryb ozonowania: generator ozonu włączany czasowo. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 12. | Tryb konwertowania ozonu w tlen: po każdym cyklu ozonowania. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 13. | Tryb jonizacji ujemnej: zwiększa jakość powietrza. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 14. | Monitorowanie obecności człowieka (czujnik ruchu reagujący na dystans do 7 m). | TAK | bez punktacji |  |  |
| 15. | Sterowanie zdalnym pilotem. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 16. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK | bez punktacji |  |  |
| **Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającemu zsuwanie pacjenta po schodach – 1 sztuka**  **Marka …………………………………… Model …………………………………………. Rok produkcji …………..** | | | | | |
| **L.p.** | **Parametry / Warunek/ wymagane wartości graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr techniczny podlegający ocenie** | **Wypełnia Wykonawca / opis parametrów technicznych - oferowanych** | **Wypełnia Zamawiający / ocena parametrów technicznych** |
| **Wymagane parametry techniczne:** | | | | | |
| 1. | Zgodne z normą PN EN 1865-4 lub równoważne. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 2. | Wykonane z wytrzymałego materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 3. | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 4. | Wyposażone w górny uchwyt teleskopowo regulowany w 3 pozycjach. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 5. | Wyposażone w demontowalne siedzisko. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 6. | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego winylu, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 7. | Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 8. | Wyposażone w min. 4 kółka transpor-towe z czego 2 obrotowe o 360°. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 9. | Wyposażone w przednie wysuwane rączki do przenoszenia. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 10. | Średnica tylnych kółek 175 mm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. Średnica kółek przednich 75 mm. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 11. | Hamulce na przednich kółkach. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 12. | Wyposażone w 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 13. | Wysokość górnej ramy oparcia w rozłożonym krzesełku mierzona od podłogi od 1130 mm do 1540 mm - zapewniająca komfort dla pacjenta. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 14. | Waga ok. 14,5 kg. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 15. | Nośność co najmniej 170 kg. | TAK | bez punktacji |  |  |
| 16. | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK | bez punktacji |  |  |

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość netto (4x5)** | **Stawka VAT %** | **Kwota VAT (6x7)** | **Wartość brutto (6+8)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | Ambulans typu C z zabudową | kpl. | 2 |  |  |  |  |  |
| 2 | Wyposażenie medyczne: Nosze z systemem elektrycznego wspomagania podnoszenia, opuszczania oraz załadunku noszy | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Wyposażenie medyczne: Wideolaryngoskop | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Wyposażenie medyczne: Urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 | Wyposażenie medyczne: Urządzenie do podnoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:**  **Zakup dwóch ambulansów dla ZRM wraz z dodatkowym wyposażeniem** | | | | |  | xx | xx |  |

…………………………………………………………….

(podpis Wykonawcy lub Pełnomocnika)

**------------------------------------------------------WYPEŁNIA ZAMAWIAJĄCY---------------------------------------------------------**

Zastosowane będą parametry techniczne i termin dostawy opisane powyżej. Maksimum do uzyskania: **40 pkt**

**Punkty za parametry techniczne: ………….. pkt / 25 pkt**

**Punkty za termin dostawy: …………….. pkt / 15 pkt**