

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

CZEŚĆ 1

Parametry wymagane użytkowo – techniczne pojazdu i wyposażenia

Ambulans ratunkowy z wyposażeniem dla Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Gdyni

2. Zamawiający wymaga by oferowany pojazd był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, z roku produkcji nie wcześniej niż 2021 z minimalną 2 letnią pełną gwarancją - bez limitu kilometrów.
3. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu kompletnego, czyli przed wykonaniem adaptacji
.....
4. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu skompletowanego, czyli po wykonaniu adaptacji
.....
5. Ambulans ma spełniać wymagania określone w aktualnej polskiej normie PN-EN 1789 (lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do przedmiotu zamówienia.
6. Ambulanse mają być przeznaczone do przewozu max. 3 osobowego zespołu ratownictwa medycznego oraz jednego pacjenta na noszach.
7. Wykonawca zobowiązany jest do zaoferowania następujących warunków gwarancji ambulansu:
 - **minimalne** okresy gwarancji od daty podpisania protokołu dostawy: 24 miesiące na pojazd bazowy bez limitu przebiegu km, 24 miesiące na zabudowę specjalistyczną, 24 miesiące na **aparaturę** i sprzęt medyczny, 120 miesięcy na perforację nadwozia,
 - wykonawca zobowiązany jest do dokonywania w okresie gwarancji przeglądów (odpłatnych) i napraw (bezpłatnych) zgodnych z instrukcją obsługi producenta ambulansu,
 - wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin od momentu **telefonicznego** zgłoszenia awarii **drogą e-mail** przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia,
 - wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia zastępczego ambulansu wraz z noszami samojedznymi na czas naprawy trwającej dłużej niż 14 dni na koszt wykonawcy,

| L.p. | Parametry wymagane | TAK/ NIE* | Parametr oferowany (<i>proszę wpisać</i>)** dla wyposażenia dodatkowego (ponad standardowego dla danego modelu) podać kody producenta np. klimatyzacja kod XX00, dla wyposażenia standardowego proszę wpisać „standard”. |
|--|--|--------------|---|
| WYMAGI CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE DOTYCZĄCYM POJAZDU BAZOWEGO | | | |
| I. | NADWOZIE | ----- | ----- |
| 1. | Typ furgon częściowo przeszklony | | |
| 2. | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z tapicerką w ciemnym kolorze, fotele z regulacją i z podłokietnikami | | |
| 3. | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą | | |
| 4. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby | | |
| 5. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260° | | |
| 6. | Elektrycznie domykane lewe i prawe drzwi przesuwne (do zewnętrznego schowka i | | |



| | | | |
|-----|---|-------|-------|
| | przedziału medycznego) – rozwiązanie fabryczne. Fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego Parametr nie wymagany, punktowany 5 pkt. | | |
| 7. | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochrony | | |
| 8. | Stopień wejściowy wewnętrzny | | |
| 9. | Stopień wejściowy zewnętrzny działający automatycznie przy otwarciu/zamknięciu drzwi (wymaga się by stopień był obrotowy tzn. nie wsuwany/wysuwany do kasetki ze względu na zacieranie się takich konstrukcji) Możliwość ręcznego sterowania stopniem. Pozycja stopnia synchronizowana z drzwiami bocznymi (drzwi zamknięte –stopień schowany). | | |
| 10. | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu. | | |
| 11. | Lampy przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | | |
| 12. | Chlapacze przednie i tylne | | |
| 13. | Kolor nadwozia żółty fabryczny zgodny z PN-EN 1789+A2 | | |
| 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 min. 170 KM, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm | | |
| 2.a | Moc silnika min. 180 KM Parametr nie wymagany, punktowany 5 pkt. | | |
| 3. | Spełniający wymogi normy emisji spalin EURO 6 lub Euro VI | | |
| III | ZESPÓŁ NAPEĐOWY | ----- | ----- |
| 1. | Skrzynia biegów automatyczna min. 7 stopniowa, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów | | |
| 2. | Napeđ na koła przednie lub tylne | | |
| IV. | ZAWIESZENIE | ----- | ----- |
| 1. | <u>Wzmocnione zawieszenie, amortyzatory, wzmocnione stabilizatory, zwiększony nacisk na oś przednią</u> <u>Zawieszenie wzmocnione ze stabilizatorami osi przedniej i tylnej</u> | | |
| 2. | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność o manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta <u>(np. zawieszenie pneumatyczne lub komfortowe z tłumikiem drgań)</u> | | |
| V. | UKŁAD HAMULCOWY | ----- | ----- |
| 1. | Ze wspomaganiami i korektorem siły hamowania, | | |
| 2. | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania | | |



| | | | |
|--|---|-------|-------|
| 3. | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy np. ESP | | |
| 4. | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | | |
| 5. | Z systemem wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA i przerywanym trybem działania świateł STOP <u>lub świateł awaryjnych</u> w przypadku nagłego hamowania | | |
| 6. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | | |
| VI. | INSTALACJA ELEKTRYCZNA | ----- | ----- |
| 1. | Alternator o wydajności min. 250 A | | |
| 2. | Dwa akumulatory, każdy o pojemności min. 90 Ah | | |
| VII. | WYPOSAŻENIE POJAZDU | ----- | ----- |
| 1. | Poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera – min. trzy rodzaje (podać) | | |
| 2. | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | | |
| 3. | Regulowana kolumna kierownicy w co najmniej dwóch płaszczyznach tj. góra-dół, przód-tył | | |
| 4. | Elektrycznie składane, regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | | |
| 5. | Elektryczne ogrzewanie pomocnicze o mocy min. 1,4 kW | | |
| 6. | Czujnik zmierzchu i deszczu | | |
| 7. | Klimatyzacja automatyczna kabiny kierowcy <u>automatyczna lub półautomatyczna</u> | | |
| 8. | Pełnowymiarowe koło zapasowe dostarczone luzem + zestaw naprawczy w ambulansie (zestaw może być dołożony na etapie adaptacji pojazdu bazowego na ambulans) | | |
| 9. | Fabryczny system serwisowy automatycznie obliczający i przypominający użytkownikowi o ilości kilometrów do następnego przeglądu serwisowego 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 | | |
| 10. | Systemy wspomagające jazdę pojazdu (asystenty) np. bocznego wiatru (podać) Asystent bocznego wiatru | | |
| 11. | Reflektory główne typu LED lub halogenowe (podać) | | |
| 11. | Asystent martwego punktu | | |
| WYMOGI CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE ADAPTACJI NA AMBULANS SANITARNY | | | |
| I. | NADWOZIE | ----- | ----- |
| 1. | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800 | | |
| 2. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwными (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli | | |



| | | | |
|-------------|---|-------|-------|
| | tlenowych 10l, krzeselka kardiologicznego typu schodołaz, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). | | |
| II. | OGRZEWANIE I WENTYLACJA | ----- | ----- |
| 1. | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik – podać markę i model. | | |
| 2. | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W. | | |
| 3. | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. Podać markę i model wentylatora. | | |
| 4. | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa). | | |
| 5. | 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). | | |
| 6. | Szyber dach (podać markę i model) | | |
| 6a. | Funkcja wyjścia ewakuacyjnego realizowana przez szyber dach – zgodnie z normą ECE – R 36 (podać wymiary szyber dachu) Parametr nie wymagany, punktowany 5 pkt. | | |
| III. | 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 - 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 / zabrudzeniem, wyposażone we wtyki. | | |
| 4. | Grzałka w bloku silnika (układzie chłodzenia silnika) zasilana z sieci 230V (dodatkowe gniazdo zewnętrzne z przewodem zasilającym od długości min. 10,0 m) | | |
| 5. | Inwerter prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1000W (prąd w „sinusie”), w trakcie jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma | | |



| | | | |
|-----|--|-------|-------|
| | być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączenia napięcia (wyłącznik inwertora). | | |
| 6. | Instalacja do systemu SWD wraz z antenami oraz modulem GPS (Teltonika <u>lub równoważny</u> lub <u>równoważny</u>), i dedykowanym uchwytem pełniącym jednocześnie rolę ładowarki pod tablet Durabook R11 AH2 zamontowanym w kabinie kierowcy. Po zamontowaniu przez Zamawiającego tabletu oraz drukarki ambulans ma prawidłowo funkcjonować w systemie SWD PRM. | | |
| 7. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. | | |
| IV. | SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE | ----- | ----- |
| 1. | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlany napisem „AMBULANS” | | |
| 2. | Na wysokości podszybia lub pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED | | |
| 3. | Na lusterkach bocznych lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED | | |
| 4. | W tylnej części dachu pojazdu lampa pojedyncza niebieska typu LED (kogut) | | |
| 5. | W komorze silnika lub w pasie przednim zamontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem | | |
| 6. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-światłej realizowane przez jeden główny włącznik, umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | | |
| 7. | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu drzwi . | | |
| 8. | Oznakowanie pojazdu: - pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. a) pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, b) pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu, c) pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a) | | |
| 9. | 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. | | |
| 10. | Wzór graficzny systemu „PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE” z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu -zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne . | | |
| 11. | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego „P” lub „S” po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych (rodzaj oznaczenia po uzgodnieniu z Zamawiającym) z - zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. | | |
| 12. | Nazwa dysponenta jednostki: POGOTOWIE RATUNKOWE GDYNIA – po obu stronach pojazdu, oraz na drzwiach tylnych (wielkość liter do uzgodnienia po podpisaniu umowy). | | |
| 13. | 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. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 30 km/h. | | |
| 14. | Dodatkowe sygnały pneumatyczne (podać markę, model) | | |
| V. | 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 - doprowadzenie instalacji radiowej do kabiny kierowcy | | |
| 2. | W przedziale medycznym głośnik z możliwością podłączenia do radiotelefonu. | | |
| VI. | OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO | ----- | ----- |
| 1. | Oświetlenie sufitowe rozproszone typu LED w kolorze naturalnym. | | |
| 2. | Co najmniej 4 sufitowe skupione punkty świetlne nad noszami z regulacją kąta padania światła. | | |
| 3. | Oświetlenie punktowe blatu roboczego. | | |
| VII. | 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. | <p>Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia - podać zakres regulacji).</p> <p>Fotel 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”.</p> | | |
| 5. | <p>Fotel u węzłowia noszy (przy ścianie działowej) usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa.</p> <p>Fotel z możliwością przesuwu w kierunku od noszy do ściany działowej w zakresie zapewniającym prawidłowe korzystanie z fotela tj. zarówno zajęcie prawidłowej pozycji przy noszach, odsunięcie fotela od noszy w celu obejścia noszy jak i ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy .</p> <p>Podać markę i model oferowanego fotela.</p> <p>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”.</p> | | |
| 6. | <p><u>Przegroda między kabiną kierowcy, a przedziałem medycznym.</u> <u>Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi (minimalne wymiary mierzone w świetle: wysokość 1600 mm, szerokość 400 mm - - podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789 – lub równoważną</u> <u>Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym.</u> <u>Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi (minimalne wymiary mierzone w świetle: wysokość 1800 mm, szerokość 400 mm – - podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789 – lub równoważną</u></p> | | |
| 7. | <p>Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.). - ampularium (na ścianie lewej lub prawej) | | |
| 8. | Zabudowa meblowa na ścianie działowej: - szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną(blat roboczy na wysokości min. 100 cm ±10), z szufladami (min. 2 szt.) - kosz na śmieci | | |
| 9. | Miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem - zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków | | |
| 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 Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji. Uwaga - Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. | | |
| 13. | Centralna instalacja tlenowa: - zamontowany na ścianie lewej panel z minimum 2 gniazdami poboru tlenu typu AGA - sufitowy punkt poboru typu AGA Dwa dozowniki tlenowe o regulowanym przepływie tlenu 0-25 l/min kompatybilne z gniazdami AGA | | |
| 14. | Mechaniczna podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 10° do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności). | | |
| 15. | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. | | |
| 16. | W przedziale medycznym ma być zapewnione miejsce mocowania dodatkowego sprzętu medycznego tj. ssak elektryczny, pompa infuzyjna, defibrylator. | | |
| VIII. | WYMAGANIA DODATKOWE | ----- | ----- |
| 1. | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa - gaśnicę - panel sterujący: ➤ informujący o temperaturze w | | |



| | | | |
|-----------------------------|--|-------|-------|
| | <p>przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) ➤ informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu ➤ sterujący oświetleniem przedziału medycznego ➤ sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego ➤ zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury | | |
| 2. | <p>Kabina kierowcy ma być wyposażona w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - panel sterujący: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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) | | |
| 3. | <p>Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanym w kabinie kierowcy.</p> | | |
| 4. | <p>Przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym 2 godziny (przy maksymalnym natężeniu światła), natężenie światła min. 300 lm, klasa odporności min. IP 65, waga do 300 gr., wyposażony w stojak oraz ładowarkę 12V i 230V (podać markę i model)</p> | | |
| 5. | <p>Sygnalizator cofania</p> | | |
| 6. | <p>Lamka typu „copilot” (na giętym przewodzie) zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera</p> | | |
| 7. | <p>Radioodtworacz w kabinie kierowcy</p> | | |
| 8. | <p>Komplet opon zimowych</p> | | |
| IX. WYMAGANIA OGÓLNE | | ----- | ----- |
| 1. | <p>Masa ambulansu: Dopuszczalna masa całkowita dmc (brutto) ambulansu do rejestracji nie może przekraczać 3,5 t. Ambulans będzie wykorzystywany do przewozu max. 3 osobowego zespołu ratownictwa medycznego + jeden pacjent. Kierowca z kategorią prawa jazdy „B”.</p> | | |
| X. NOSZE GÓLWNE | | ----- | ----- |
| 1 | <p>Podać markę, model i rok produkcji min 2020, fabrycznie nowe</p> | | |



| | | | |
|------------|--|-------|-------|
| 2 | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | TAK | |
| 3 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK | |
| 4 | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | TAK | |
| 5 | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 70 stopni. | TAK | |
| 6 | Wyposażone w podglówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście. | TAK | |
| 7 | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia i ułożenia głowy na wznak do pozycji węższej | TAK | |
| 8 | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | TAK | |
| 9 | Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące | TAK | |
| 10 | Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi. | TAK | |
| 11 | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | TAK | |
| 12 | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | TAK | |
| 13 | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze. | TAK | |
| 14 | Rama noszy wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK | |
| 15 | Składany teleskopowo statyw na płyny infuzyjne. | TAK | |
| 16 | Waga noszy max. 23 kg (podać) | TAK | |
| 17 | Trwałe oznakowanie tzw. kodowanie kolorami elementów związanych z obsługą noszy. | TAK | |
| 18 | Maksymalne obciążenie dopuszczalne min. 200 kg (podać) | TAK | |
| XI. | TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH | ----- | ----- |
| 1 | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z | TAK | |



| | | | |
|----|---|-------|-------|
| | pacjentem nawet przez jedną osobę. | | |
| 2 | Szybki, bezpieczny i łatwy system połączenia z noszami. | TAK | |
| 3 | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. | TAK | |
| 4 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia | TAK | |
| 5 | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | TAK | |
| 6 | Wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce. | TAK | |
| 7 | Fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnego miejsca na obwodzie transportera | TAK | |
| 8 | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. | TAK | |
| 9 | 4 główne uchwyty transportera | TAK | |
| 10 | Dodatkowe uchylne uchwyty transportera ułatwiające podnoszenie po stronie wezglowia z możliwością odblokowania goleni | TAK | |
| 11 | Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK | |
| 12 | Przyciski blokady goleni kodowane kolorami | TAK | |
| 13 | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera. | TAK | |
| 14 | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | TAK | |
| 15 | Maksymalne obciążenie dopuszczalne transportera min. 200 kg. | TAK | |
| 16 | Waga transportera max 28 kg. Dopuszcza się wyższą wagę transportera do max.36 kg przy ładowności przekraczającej 200 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z normami PN EN 1789 i PN EN 1865 lub równoważna, poświadczona odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC-dostarczyć przy dostawie | TAK | |
| 17 | Mocowanie transportera do ławety ambulansu zgodne z PN EN 1789. Poświadczona odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC- dostarczyć przy dostawie | TAK | |
| XI | SSAK AKUMULATOROWO- SIECIOWY PRZYSTOSOWANY DO MONTAŻU W AMBULANSIE | ----- | ----- |
| | zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu , ładowanie akumulatora z sieci 12V ambulansu poza uchwytem ściennym , zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 30 minut pracy ciągłej z max obciążeniem , | TAK | |



| | | | |
|--|--|-----|--|
| | w kpl. z uchwytem ścienny zgodnym z normą PN EN 1789 lub równoważna z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwyty poprzez podłączony uchwyt do instalacji , wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora | | |
| | z regulacją płynną siły ssania w zakresie od 0 do 80kPa (0-800mBar) , o przepływie do min. 22L/min , wyposażony w słój wielorazowy o poj. min. 1 L z możliwością stosowania wkładów jednorazowych , z torbą ochronną wyposażoną w kieszenie na akcesoria , wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka | TAK | |
| | waga ssaka max 3,5 kg | TAK | |
| | temperatura pracy i przechowywania zgodna z normą | TAK | |
| | ssak akumulatorowo-sieciowy zgodny z normą EN ISO 10079-1:1999 i EN ISO 10079-3:1999 - lub równoważne | TAK | |

UWAGA:

* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty

** Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia

Zaoferowanie urządzenia o parametrach gorszych, niższych niż opisane powyżej parametry wymagane, niezbędne spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z wymaganiami SWZ.

| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy | | | |
|--|-----------------|------|-----------------|
| | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. | | | |
| 2. | | | |

CZĘŚĆ 2

Respirator transportowy z reduktorem tlenowym w torbie transportowej 2 sztuki

Marka, model, producent

| Lp. | Marka, model, producent Parametry wymagane | Wpisać Tak/ nie* | Parametr oferowany (proszę wpisać)** Parametr oferowany |
|--------------------------------------|--|---------------------|---|
| Marka, model, producent | | | |
| 1 | Dwa tryby wentylacji: Demand i CMV/Demand. | Tak/nie | |
| 2 | Niezależna płynna regulacja częstości min. 8 – 40 odd/min i objętości oddechowej min 70 – 1500 | Tak/nie | |



| | | | |
|-----------------|---|---------|--|
| | ml. | | |
| 3 | Wentylacja manualna z ograniczeniem objętości oddechowej. | Tak/nie | |
| 4 | Płynna regulacja ciśnienia granicznego w układzie pacjenta. | Tak/nie | |
| 5 | Funkcja PEEP/CPAP. | Tak/nie | |
| 6 | zastawka PEEP zintegrowana: zakres regulacji 0 – 20 cmH ₂ O | Tak/nie | |
| 7 | Dwa stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej: min. 50% / 100% | Tak/nie | |
| 8 | Zintegrowany przepływomierz. | Tak/nie | |
| 9 | Wbudowany manometr, monitorowanie ciśnienia wdechowego i wydechowego. | Tak/nie | |
| 10 | Możliwość pracy w rezonansie magnetycznym MRI. | Tak/nie | |
| 11 | Ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa zintegrowany z alarmem dźwiękowym wysokiego ciśnienia. | Tak/nie | |
| 12 | Zasilanie i sterowanie wyłącznie pneumatyczne. | Tak/nie | |
| 13 | Niskie zużycie gazu zasilającego. | Tak/nie | |
| 134 | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | Tak/nie | |
| 145 | System elektronicznych wskaźników oraz alarmów dźwiękowych i wizualnych. | Tak/nie | |
| 156 | Akcesoria do wentylacji noworodków. | Tak/nie | |
| 167 | Odporny na wstrząsy, wibracje, upadki, uszkodzenia mechaniczne. | Tak/nie | |
| 178 | Odporny na działanie wody oraz niskich i wysokich temperatur. | Tak/nie | |
| 189 | W zestawie min.10szt. obwodów jednorazowych | Tak/nie | |
| 20 | Niewielkie wymiary. | Tak/nie | |
| 1924 | WNiska waga max 3 kg- | Tak/nie | |
| 202 | Uchwyt mocujący w ambulansie. | Tak/nie | |
| 213 | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2021 min. 2020 lub nowsze | Tak/nie | |
| 24 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak/nie | |
| 225 | Okres gwarancji w miesiącach min. 24 m-ce | Tak/nie | |
| 236 | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji | Tak/nie | |

REDUKTOR TLENOWY MEDYCZNY – 2 szt.

Marka, model, producent

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Wpisać Tak/ nie*</u> | <u>Parametr oferowany (proszę wpisać)**</u> |
|------------|---------------------------|-------------------------|---|
|------------|---------------------------|-------------------------|---|

Marka, model, producent

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Podać Tak/ nie</u> | <u>Parametr oferowany</u> |
|------------|---|-----------------------|---------------------------|
| 1 | Reduktor tlenowy ze skokowym nastawem przepływu tlenu 0-25l/min i szybkozłączem AGA przeznaczony do mocowania na butli tlenowej | Tak/nie | |



| | | | |
|---|--|---------|--|
| 2 | Wyposażony w filtr chroniący przed zanieczyszczeniami | Tak/nie | |
| 3 | Wyposażony w zawór bezpieczeństwa, zamykający przepływ w przypadku niekontrolowanego wzrostu ciśnienia wyjściowego | Tak/nie | |
| 4 | Obrotowy manometr – kąt obrotu 360 stopni | Tak/nie | |
| 5 | Manometr zabezpieczony gumową osłoną | Tak/nie | |
| 6 | Ruchoma końcówka przepływomierza – kąt wychylenia 360 stopni – do podłączenia butli nawilżacza, maski lub kaniuli | Tak/nie | |
| 7 | Pokrętło przepływomierza ułatwiające precyzyjny nastaw przepływu | Tak/nie | |
| 8 | Nieprzerwany przepływ strumienia gazu, również pomiędzy poszczególnymi pozycjami | Tak/nie | |
| 9 | Odczyt wskazań przepływomierza z boku i przodu reduktora | Tak/nie | |

TORBA TRANSPORTOWA RESPIRATORA- 2 szt.

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Wpisać Tak/ nie*</u> | <u>Parametr oferowany (proszę wpisać)**</u> |
|------------|---------------------------|-------------------------|---|
|------------|---------------------------|-------------------------|---|

Marka, model, producent

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Podać Tak/ nie</u> | <u>Parametr oferowany</u> |
|------------|---|-----------------------|---------------------------|
| 1 | Wykonana z Cordury lub materiału równoważnego | Tak/nie | |
| 2 | Przystosowana do transportu kompletnego respiratora, butli tlenowej o poj. 2-3 l z reduktorem tlenowym wyposażonym w przepływomierz tlenowy i złączem AGA | Tak/nie | |
| 3 | Wyposażona w dodatkowe miejsce na drobny sprzęt tlenowy | Tak/nie | |
| 4 | Posiada system szybkiego otwarcia torby i dostępu do zestawu- torba zamykana „klapami” na podwójny suwak. Po ich rozpięciu otwierana jest cała góra i boki torby | Tak/nie | |
| 5 | System transportowy torby wyposażony w uchwyt do transportu w rękę, paska na ramię, szelek na plecy oraz dwóch aluminiowych uchwytów służących do zamocowania torby z wyposażeniem na ramie noszący | Tak/nie | |

UWAGA:

* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty

** Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia

Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy

| | <u>Imię i Nazwisko</u> | <u>Data</u> | <u>Czytelny podpis</u> |
|-----------|------------------------|-------------|------------------------|
| <u>1.</u> | | | |
| <u>2.</u> | | | |



CZĘŚĆ 3
Defibrylator 1 sztuka

Marka, model, producent (załączyć folder)

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Wpisać Tak/ nie*</u> | <u>Parametr oferowany (prosze wpisać)**</u> |
|--------------------------------------|---|-------------------------|---|
| Lp. | Parametry wymagane | Podać Tak/ nie | Parametr oferowany |
| Marka, model, producent | | | |
| 1 | Defibrylator przenośny z torbą transportową, testerem wyladowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym | Tak/nie | |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci. W zestawie 6 sztuk akumulatorów. | Tak/nie | |
| 3 | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą za ładowarki zewnętrznej 12V – 230V Ładowarka dwustanowiskowa | Tak/nie | |
| 4 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak/nie | |
| 5 | Ciężar defibrylatora w kg max. 12kg | Tak/nie | |
| 6 | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk i przesłane/transmisja danych do: działu technicznego szpitala, koordynatora medycznego pogotowia | Tak/nie | |
| 7 | Norma IP min. 43 | Tak/nie | |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak/nie | |
| 9 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak/nie | |
| 10 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak/nie | |
| 11 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J | Tak/nie | |
| 12 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | Tak/nie | |
| 13 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak/nie | |
| 14 | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | Tak/nie | |
| 15 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardej bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789 – kub równoważna | Tak/nie | |
| 16 | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak/nie | |
| 17 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na | Tak/nie | |



| | | | |
|----------------------------|--|---------|--|
| | żądanie | | |
| 18 | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak/nie | |
| 19 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | Tak/nie | |
| 20 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak/nie | |
| 21 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak/nie | |
| 22 | Alarmy częstości akcji serca | Tak/nie | |
| 23 | Zakres pomiaru tętna od 25-250 u/min | Tak/nie | |
| 24 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | Tak/nie | |
| 25 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak/nie | |
| 26 | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | Tak/nie | |
| 27 | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 80mm. | Tak/nie | |
| 28 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Tak/nie | |
| 29 | Transmisja danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem | Tak/nie | |
| 30 | W zestawie dwa komplety kabli EKG 12-odprowadzeniowe. | Tak/nie | |
| 31 | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych. | Tak/nie | |
| 32 | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | Tak/nie | |
| 33 | Moduł kapnometrii z pomiarem częstości oddechów 0-99/min. W komplecie złączki dla pacjentów zaintubowanych min. 25 sztuk | Tak/nie | |
| 34 | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji <u>2021-min. 2020 lub nowszy</u> | Tak/nie | |
| 35 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak/nie | |
| 35 ⁶ | Okres gwarancji w miesiącach min. 24 m-ce | Tak/nie | |
| 36 ⁷ | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji | Tak/nie | |

UWAGA:

*** W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty**

**** Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia**

| | | |
|--|------|-----------------|
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy | | |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |



| | | | |
|----|--|--|--|
| 1. | | | |
| 2. | | | |

CZĘŚĆ 4

Kombinezon ochronny – 490 sztuk

Marka, model, producent

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Wpisać Tak/ nie*</u> | <u>Parametr oferowany (proszę wpisać)**</u> |
|------------|--|-------------------------|---|
| Lp. | Parametry wymagane | Podać Tak/ nie | Parametr oferowany |
| 1 | <p>Kombinezon ochronny, jednoczęściowy z kapturem, wykonany z laminatu PP +PE (polipropylen i polietylen) o gramaturze min. 35g/m2 PP i min. 19g/m2 PE oraz min. 1g/m2 kleju. Kombinezon typu 3,4,5,6 CE; szwy zgrzewane taśmą, kombinezon chroniący przed cieczami; posiada elastyczne ściągacze przy mankietach, kostkach, kapturze i talii (bez dodatku lateksu); zapinany na suwak zakryty samoprzylepną patką. Poziom ochrony: EN ISO 13688; EN ISO 13982-1; EN 13034+A1; EN 14605+A1; EN 14126; EN 1149-5; EN 14325. Kombinezon odporny na pęknięcia, wytrzymały na rozdieranie, na rozciąganie, na przekłucia. Rozmiar kombinezonu: M, L, XL, XXL, XXXL (rozmiarówka europejska). Każdy kombinezon pakowany oddzielnie, na którym widoczne jest bez konieczności rozpakowywania oznakowanie dot. rozmiaru kombinezonu.</p> <p>Liczba z danego rozmiaru po uzgodnieniu z Zamawiającym.</p> | | |

UWAGA:

* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty

** Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia

| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy | | | |
|--|-----------------|------|-----------------|
| | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. | | | |
| 2. | | | |



CZĘŚĆ 5

Środek dezynfekcyjny przeznaczony do urządzenia Nocospray- 125 szt.- 125 litrów

Marka, model, producent

| <u>Lp.</u> | <u>Parametry wymagane</u> | <u>Wpisać Tak/ nie*</u> | <u>Parametr oferowany (proszę wpisać)**</u> |
|------------|--|-------------------------|---|
| Lp. | Parametry wymagane | Podać Tak/ nie | Parametr oferowany |
| 1 | <p>Środek dezynfekcyjny oparty na 6% roztworze nadtlenu wodoru i kationach srebra, bez zapachowy. Gotowy do użycia roztwór wodny</p> <p>Opakowanie 1 litr</p> <p>Działanie bakteriobójcze, wirusobójcze, grzybobójcze i sporobójcze; Biodegradowalny w 99,9%; Brak śladów osadu po użyciu; Brak korozji; Produkt biobójczy.</p> | Tak/nie | |

UWAGA:

* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty

** Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia

| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy | | | |
|--|-----------------|------|-----------------|
| | Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1. | | | |
| 2. | | | |