**Zał. 1A do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**„Zakup ambulansu ratownictwa medycznego wraz z jego wyposażeniem dla SPZOZ w Nowym Tomyślu”**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa 1 szt. ambulansu ratunkowy typu „B” lub typu „C” przystosowanego do transportu maksymalnie jednego pacjenta na noszach oraz trzy osobowego zespołu specjalistycznego/podstawowego ratownictwa medycznego (może być wykorzystywany jako ambulans typu S lub P zgodnie z wytycznymi NFZ) z wyposażeniem wraz z systemem transportowym (nosze oraz krzesełko kardiologiczne), spełniającego wymagania określone w aktualnej, zharmonizowanej polskiej normie PN-EN 1789 lub równoważnej w zakresie odpowiednim do przedmiotu (zakresu) prowadzonego postępowania.

Pojazd spełnia warunki określone w ROZPORZĄDZENIU MINISTRA INFRASTRUKTURY z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. 2024 poz. 502 z późn. zm.) oraz wymagania określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U. 2018 poz. 1251 z późn. zm.). Sprzęt medyczny spełnia wymagania ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 1620 z późn. zm.). Oferowany ambulans wraz ze sprzętem medycznym spełnia wymagania aktualnych norm PN EN 1789 (w zakresie ambulansu typu B i C) i PN EN 1865 lub równoważnych.

Nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień: (CPV):

34114121-3 Karetki

42415320-7 Wyposażenie pojazdów ratowniczych

33192160-1 Nosze

33100000-1 Urządzenia medyczne

Zamawiający wymaga by oferowany Ambulans był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, rok produkcji: **nie wcześniej niż 2024** r (pojazd bazowy i zabudowany).

Marka, typ, nazwa handlowa, rok produkcji Ambulansu wynikająca ze świadectwa homologacji:

………………………………………................….……………………………………

Nazwa i adres wykonawcy zabudowy przedziału medycznego:

………………………………………................….……………………………………

W przypadku użycia w opisie parametrów minimalnych czy też opcjonalnych nazwy własnej lub nazwy rozwiązania przypisanej ściśle jednemu producentowi Zamawiający dopuszcza rozwiązanie równoważne.

W poniższej części Załącznika „1A” do SWZ Zamawiający podał warunki graniczne parametrów przez siebie wymaganych dla oferowanego ambulansu specjalistycznego. Wykonawca składając ofertę jest zobowiązany wypełnić:

* kolumnę zatytułowaną „**Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)**” wpisując we właściwych pozycjach odpowiednio słowo: „TAK” albo „NIE”,
* kolumnę zatytułowaną „**Oferowana wartość parametru**” opisując we właściwych pozycjach w wyczerpujący sposób oferowany parametr**.**

Ambulans musi spełniać parametry minimalne (bezwzględnie wymagane) określone poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | | **Wymagane parametry minimalne** | **Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)** | **Oferowana wartość parametru** |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie pojazdu bazowego** | | | | |  |
| **I. NADWOZIE** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Typu „furgon podwyższony”, do **3,5 t** dopuszczalnej masy całkowitej, bez ściany działowej pomiędzy kabiną kierowcy a przestrzenią ładunkową przeznaczoną do adaptacji na przedział medyczny | | |  |  |
| **2.** | Nadwozie samonośne, elementy metalowe ocynkowane, z izolacją termiczną i akustyczną, lakier w kolorze żółtym (zgodnie z obowiązującą normą PN-EN 1789 lub równoważną i aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego). | | |  |  |
| **3.** | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy, fotele z możliwością regulacji z podłokietnikami | | |  |  |
| **3.** | Drzwi tylne wysokie (o wysokości min. 1,75 m) przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki do kąta min. 250 º z systemem blokowania przy otwieraniu oraz kieszeniami z siatki | | |  |  |
| **4.** | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym oraz dodatkowym stopniem elektrycznie wysuwanym. | | |  |  |
| **5.** | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | | |  |  |
| **7.** | Centralny zamek wszystkich drzwi oraz schowka zewnętrznego, sterowany pilotem. | | |  |  |
| **8.** | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka | | |  |  |
| **II.SILNIK** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Z zapłonem samoczynnym, turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych | | |  |  |
| **2.** | Moc silnika minimum 170 KM oraz moment obrotowy zapewniające minimum 380 Nm (podać)  **Parametr punktowany:**  **Silnik o mocy powyżej 175 KM – 5 pkt**  **Silnik o mocy 170 do 175 KM – 0 pkt** | | |  |  |
| **3.** | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisji spalin, | | |  |  |
| **III.ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Skrzynia biegów manualna lub automatyczna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym  **Parametr punktowany:**  **Skrzynia biegów automatyczna – 10 pkt**  **Skrzynia biegów manualna – 0 pkt** | | |  |  |
| **2.** | Napęd na jedną oś (**przednią lub tylną** **– podać**)  **Parametr punktowany:**  **Napęd na oś przednią – 4 pkt**  **Napęd na oś tylną – 0 pkt** | | |  |  |
| **3.** | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy typu: ESP lub równoważny | | |  |  |
| **4.** | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania typu: ASR lub równoważny | | |  |  |
| **IV.ZAWIESZENIE** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Zawieszenie wzmocnione gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów | | |  |  |
| **V. UKŁAD HAMULCOWY** | | | |  | -------------- |
| **1.** | System zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania typu ABS lub równoważny. | | |  |  |
| **2.** | System wspomagania nagłego hamowania. | | |  |  |
| **3.** | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | | |  |  |
| **4.** | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę” | | |  |  |
| **VI. UKŁAD KIEROWNICZY** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Ze wspomaganiem. | | |  |  |
| **2.** | Regulowana kolumna kierownicy | | |  |  |
| **3** | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach - przód/tył, góra/dół  **Parametr punktowany:**  **Tak – 1 pkt**  **Nie – 0 pkt** | | |  |  |
| **VII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Zespół dwóch akumulatorów, o łącznej pojemności min. 160 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu – jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału pacjenta – połączone tak aby były sprzężone oraz aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V | | |  |  |
| **2.** | Fabrycznie wzmocniony alternator o mocy minimum 200A | | |  |  |
| **VIII. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | |  | -------------- |
| **1.** | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | | |  |  |
| **2.** | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 L. | | |  |  |
| **3.** | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera ( min. dwa rodzaje). | | |  |  |
| **4.** | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | | |  |  |
| **5.** | Wentylacja i klimatyzacja kabiny kierowcy | | |  |  |
| **6.** | Lusterka zewnętrzne, składane, elektrycznie regulowane i podgrzewane  **Parametr punktowany:**  **Lusterka składane elektrycznie – 4 pkt**  **Składane mechanicznie – 0 pkt** | | |  |  |
| **7.** | Lusterko wewnętrzne. | | |  |  |
| **8.** | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie. | | |  |  |
| **9.** | Światła przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | | |  |  |
| **10.** | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi | | |  |  |
| **11.** | Elektrycznie ogrzewana szyba przednia (nie poprzez nadmuch ciepłego powietrza):  **Parametr punktowany:**  **Tak – 3 pkt**  **Nie – 0 pkt** | | |  |  |
| **12.** | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża | | |  |  |
| **13.** | Koło zapasowe, zestaw narzędzi do wymiany koła lub alternatywnie: wyposażenie pojazdu w zestaw naprawczy zamiast w koło zapasowe pod warunkiem, że koło zapasowe wraz z narzędziami będzie dostarczone luzem | | |  |  |
| **14.** | Pojazd wyposażony fabrycznie w opony zimowe + dodatkowy zestaw opon letnich z felgami dostarczony luzem (wraz z niezbędnymi czujnikami) | | |  |  |
| **15.** | Czujniki parkowania przednie i tylne | | |  |  |
| **16.** | Kamera cofania | | |  |  |
| **17.** | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. | | |  |  |
| **18.** | Wideorejestrator jazdy z kartą pamięci typu SD / micro SD o poj. min. 64 GB, Kąt widzenia [stopnie]: min. 150  Maksymalna rozdzielczość nagrywania filmów: 1920 x 1080  Obiektyw: Szerokokątny, Tryb parkingowy, Tryb nocny  (typu PRIDO I5) | | |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny (zabudowa)** | | | | |  |
| **I. NADWOZIE** | | | |  | ------- |
| **1.** | Minimalne wymiary wewnętrzne przedziału medycznego w cm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 320 x 170 x 180 cm | | |  |  |
|  | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | | |  |  |
|  | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. | | |  |  |
|  | Schowek oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu, z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. | | |  |  |
|  | Zapewniony z zewnątrz (poprzez drzwi przesuwne) dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu) | | |  |  |
|  | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową | | |  |  |
|  | Miejsce wraz z mocowaniem min. 2 kasków ochronnych | | |  |  |
| **II. OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** | | | |  | ------- |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu | | |  |  |
|  | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 1.8 kW zasilany z sieci 230 V | | |  |  |
| **3.** | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju oraz klimatyzacja z niezależną regulacją nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. Zamawiający dopuszcza by fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy pojazdu bazowego była rozbudowana na przedział medyczny na etapie adaptacji na ambulans.  **Parametr punktowany:**  **Klimatyzacja przedziału medycznego niezależna od klimatyzacji w kabinie kierowcy – 3 pkt**  **Nie – 0 pkt** | | |  |  |
|  | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem. | | |  |  |
|  | **Urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce umożliwiające montaż w pojeździe w przestrzeni medycznej**  Możliwość regularnej dezynfekcji filtrów kabinowych, kanałów wentylacyjnych i klimatyzacyjnych pojazdu  Skuteczność: unieszkodliwianie około 99% mikroorganizmów (ozonowanie 60m3 przez 60 minut) oraz redukcja szkodliwych substancji lotnych. Wydajność: max 33m2 (99m3) – w środowisku w którym Tryb Dezynfekcji jest używany w sposób ciągły  Zakres temperatur i wilgotności powietrza podczas pracy, pozwalający na całoroczne użytkowanie w Polskich zewnętrznych warunkach pogodowych.  **Tryb dezynfekcji w obecności ludzi:**  1. Promieniowa Jonizacja Katalityczna - przepływowa dezynfekcja w urządzeniu za pomocą filtra fotokatalitycznego oraz światła UV, redukcja mikroorganizmów w powietrzu oraz na powierzchniach za pomocą emitowanych do ambulansu jonów nadtlenowych i rodników hydroksylowych.  2. Jonizacja plazmowa HPI - Redukcja mikroorganizmów w powietrzu za pomocą emitowanych jonów nadtlenowych i rodników hydroksylowych.  **Tryb dezynfekcji poza obecnością ludzi - ozonowanie plazmowe:**  - Emisja ozonu z wymuszonym obiegiem powietrza - ilość ozonu generowanego in situ z powietrza: 800 mg/h,  - Redukcja mikroorganizmów w powietrzu, na powierzchniach i w trudno dostępnych zakamarkach oraz nieprzyjemnych zapachów,  - **Wysoka kompatybilność materiałowa nieskutkująca niszczeniem ambulansu oraz sprzętu**,  - Automatyczny tryb rozkładu ozonu, pracujący po każdym cyklu ozonowania przez czas równy czasowi ozonowania Tryb jonizacji ujemnej w obecności ludzi.  Filtracja:  - Zmywalny filtr wstępny,  - Filtr węglowy,  Wymuszony obieg powietrza:- Wbudowane min. dwa wentylatory o wydajności około 26,5 CFM  Funkcje bezpieczeństwa:  - Uruchamianie ozonowania opóźnieniem czasowym,  - Czujnik ruchu reagujący, który wyłącza ozonowanie i automatycznie uruchamia tryb rozkładu ozonu oraz informuje użytkownika o szkodliwej atmosferze,  - Wbudowana bateria pozwalająca na wykonanie min. jednej pełnej dezynfekcji bez zewnętrznego źródła zasilania,  - Wskaźnik poziomu naładowania baterii,  Poziom hałasu: do 45 dB | | |  |  |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | |  | ------- |
|  | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:  1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V   1. minimum trzy gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V), 2. kabel zasilający o długości min. 10 m, 3. automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V (podać markę i model oraz parametry techniczne), 4. grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu. 5. inwertor 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 wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora). | | |  |  |
| **2.** | Instalacja dla napięcia 12V przedziału medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V (w tym jedno 20A) zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem  2. Oświetlenie przedziału medycznego:  - światło rozproszone realizowane przez lampy typu LED umieszczone w górnej części przedziału medycznego zapewniające spełnienie wymogu oświetlenia obszaru pacjenta min. 300lx, a obszar otaczający min. 50lx;  - minimum 3 punkty ze światłem skupionym, dwa nad noszami oraz jedno nad blatem roboczym | | |  |  |
| **3.** | Przedział medyczny ma być wyposażony w zamontowany na ścianie panel sterujący:   1. informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu 2. z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) 3. informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu 4. sterujący oświetleniem przedziału medycznego 5. sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego 6. zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury (o ile zaoferowano system klimatyzacji przedziału medycznego). | | |  |  |
| **4.** | Dodatkowy panel sterujący oświetleniem roboczym zamontowany z tyłu Ambulansu przy drzwiach tylnych (1x prawa strona) | | |  |  |
| **5.** | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:   1. sterujący oświetleniem zewnętrznym (światła robocze) 2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V 3. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy 4. informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego 5. ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o nie doładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego | | |  |  |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | |  | ------- |
|  | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlany napis „ambulans” | | |  |  |
|  | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED | | |  |  |
|  | W tylnej części dachu lampa świetlna typu LED, tzw. „kogut” lub belka świetlna typu LED | | |  |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami. | | |  |  |
|  | Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej**.** | | |  |  |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy lub zintegrowaną manetkę | | |  |  |
|  | Oznakowanie pojazdu - zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (**Dz.U. 2023 poz. 118**)  - 3 pasy odblaskowe wykonanych z folii:  a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli  b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu  c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”)  - z przodu i z tyłu pojazdu napis lustrzany: „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej o wysokości znaków min. 22 cm z przodu i 10 cm z tyłu  - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego  - po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej **„S” lub „P”** ( do uzgodnienia po podpisaniu umowy) w okręgu o średnicy min. 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm  - nazwa dysponenta jednostki oraz logo umieszczone po obu bokach pojazdu**.** | | |  |  |
|  | Dodatkowe migacze typu LED, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia | | |  |  |
| **V. WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** | | | |  | ------- |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:  - zakres częstotliwości -168-170 MHz,  - współczynnik fali stojącej -1,6,  - polaryzacja pionowa,  - charakterystyka promieniowania –dookólna,  - odporność na działanie wiatru min. 55 m/s.  Antena typu 3089/1 lub równoważna do radiotelefonu cyfrowo-analogowego (DMR).  Instalację doprowadzić do miejsca instalacji radiotelefonu w kabinie kierowcy, okablowanie z zapasem min. 50 cm | | |  |  |
|  | Wykonanie instalacji do podłączenia radiotelefonu – uchwyt + wyprowadzone i obrobione końcówki do radiotelefonu motorola DM46 | | |  |  |
|  | Zestaw anten dwuzakresowych GPS/GSM umożliwiających prawidłowe działanie wszystkich elementów systemu SWD PRM  (Zamawiający posiada następujące urządzenia: GPS Teltonika FMC640; Tablet Zebra L10XSLATE, Skaner Datalogic QD2430-WSK1, drukarka) | | |  |  |
|  | Głośnik w przedziale medycznym z możliwością podłączenia do radia | | |  |  |
|  | Zamontowanie uchwytów mocujących stację dokującą pod tablet w kabinie kierowcy oraz doprowadzeniem przewodów zasilających i przewodu USB łączącego tablet z drukarką (bez stacji dokującej pod tablet typu Zebra i bez tabletu) | | |  |  |
|  | Instalacja okablowania oraz samych anten powinna być wykonana w taki sposób, aby wymiana anten i ich okablowania nie wymuszała odkręcania, rozbierania elementów tapicerki wewnętrznej ,podsufitki itp. | | |  |  |
| **VI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | | |  | ------- |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian, umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy. | | |  |  |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | | |  |  |
| **3.** | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) . Fotel z czujnikiem nie zapięcia pasów | | |  |  |
|  | Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy umożliwiający jazdę tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia ). Fotel z czujnikiem nie zapięcia pasów | | |  |  |
|  | Możliwość przesuwu fotela u wezgłowia noszy 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 umożliwiającej przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy. System przesuwu niewymagający od Użytkownika używania narzędzi do przesuwu fotela.  **Parametr punktowany:**  **TAK - 5 pkt.**  **NIE – 0 pkt.** | | |  |  |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz swobodną komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą. Przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne. | | |  |  |
|  | Przedział medyczny, poprzez zastosowany układ szaf, szuflad, pojemników, schowków i uchwytów swobodnie i ergonomicznie mieszczący co najmniej wyposażenie wskazane w Normie 1789 lub równoważnej w zakresie określonym dla ambulansu typu C/B | | |  |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):  - zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. szyny Kramera, torba opatrunkowa i inne,  - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 5 szt., na ścianie prawej co najmniej 3 szt.).  - uchwyty do mocowania rękawiczek 3 szt. | | |  |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:  - szafka z blatem roboczym  - min. dwie szuflady  - miejsce wraz z mocowaniem do zamocowania torby / plecaka medycznego zapewniające podwójny dostęp: z zewnątrz (poprzez drzwi przesuwne) oraz z wnętrza przedziału medycznego  - kosz | | |  |  |
|  | Na lewej ścianie przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu. Zamocowane 2 poziome szyny mocujące do których mogą być przykręcane, w różnych kombinacjach 3 lub 4 uniwersalne płyty mocujące – płyty w ukompletowaniu, do których można niezależnie mocować: uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej. Płyty 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. | | |  |  |
|  | Przestrzeń na prawej ścianie umożliwiająca przechowywanie Urządzenia do masażu klatki piersiowej typu Lucas 3 (ew. dopuszcza się umiejscowienie urządzenia w schowku technicznym w łatwo dostępnym miejscu) | | |  |  |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | | |  |  |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej | | |  |  |
|  | Uchwyty ścienne i przy drzwiach bocznych i tylnych ułatwiające wsiadanie | | |  |  |
|  | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen równocześnie z dwóch butli każda o pojemności 10l,  - minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego (min. 2 na ścianie lewej)  - min. 1 przepływomierz obrotowy z nawilżaczem  - konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłon  - 2 reduktory | | |  |  |
|  | Uchwyty dodatkowe na 2 butle tlenowe o poj. 2,7l z głowicą DIN | | |  |  |
|  | Zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym | | |  |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych | | |  |  |
|  | **Lodówka** sprężarkowa do przewożenia leków | | |  |  |
|  | Wszelkie elementy zabudowy przedziału medycznego muszą być wykonane w sposób gwarantujący możliwość dokonywania napraw (wymian) elementów nadwozia bez niszczenia elementów zabudowy | | |  |  |
| * + 1. **DROBNE WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | |  | ------- |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | | |  |  |
| 1. **praca** | Przenośny szperacz ręczny z podstawą umożliwiająca prace bez konieczności trzymania w dłoni, z zasilaniem akumulatorowym (akumulator litowo-jonowy) z zasilaniem sieciowy 230V oraz z zasilaniem 12V z instalacji w ambulansie. | | |  |  |
|  | Dodatkowe oświetlenie dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | | |  |  |
|  | Reflektory zewnętrzne, 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 typu LED. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 15-30 km/h. | | |  |  |
|  | Tablica do pisania | | |  |  |
|  | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy | | |  |  |
|  | Dodatkowy stopień elektryczny przy prawych drzwiach przesuwnych (wysuwany) | | |  |  |
| **VIII. Montaż nadajnika GPS do monitorowania zużycia paliwa** | | | |  | ------- |
|  | Wykonawca zobowiązany jest w ramach ceny ofertowej do przygotowania do zamontowania nadajnika GPS CAN, umożliwiającego monitorowanie zużycia paliwa kompatybilnego z systemem funkcjonującym u Zamawiającego.  Zamawiający ma zawartą umowę z dostawcą systemu monitorowania paliwa:  Data System Group ul. abpa A. Baraniaka 88 B 61-131 Poznań  Podłączenie nadajnika do magistrali CAN oraz montaż pozostałych niezbędnych elementów nie może prowadzić do utraty gwarancji na ambulans.  Montaż urządzenia przez ww. firmę nie powodujący utraty gwarancji. Montaż i urządzenie po stronie Zamawiającego. | | |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie wyposażenia Ambulansu (SPRZĘT):** | | | | |  |
| **I. noszE o napędzie elektro-hydraulicznym** | | | |  | ------- |
|  | | **Nosze z systemem wspomagania podnoszenia**  podać markę , model i rok produkcji (nosze fabrycznie nowe wyprodukowane nie wcześniej niż 2024r.) | |  |  |
|  | | wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | |  |  |
|  | | Długość całkowita noszy min. 200 cm | |  |  |
|  | | Szerokość całkowita noszy min. 55 cm | |  |  |
|  | | Skracana ramy noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach | |  |  |
|  | | Całkowita długość noszy po skróceniu max. 160 cm | |  |  |
|  | | Możliwość pochylenia, częściowego lub pełnego rozłożenia podparcia pleców noszy nawet po skróceniu ramy noszy | |  |  |
|  | | Nosze wyposażone w zagłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w przypadku transportu pacjenta o znacznym wzroście | |  |  |
|  | | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia, ułożenia głowy na wznak oraz do tzw. pozycji węszącej | |  |  |
|  | | Płynna elektryczna i zapasowa manualna regulacja wysokość leża noszy na zakresie min. 36-90 cm | |  |  |
|  | | Udźwig noszy powyżej 300 kg | |  |  |
|  | | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia zestawu | |  |  |
|  | | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha | |  |  |
|  | | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji | |  |  |
|  | | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° | |  |  |
|  | | Rozkładane poręcze boczne zwiększające powierzchnię poprzeczną noszy, regulowane w 7 pozycjach ułatwiające transport pacjentów otyłych | |  |  |
|  | | Nosze wyposażone w 4 pełne koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. Min. 2 koła wyposażone w hamulce. | |  |  |
|  | | 2 koła kierunkowe z systemem blokady toczenia na wprost (zwolnienie i uruchomienie blokady dostępne z przodu i z tyłu noszy) | |  |  |
|  | | 3 częściowy, składany teleskopowo wieszak na płyny infuzyjne | |  |  |
|  | | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy | |  |  |
|  | | 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. Materac niepalny | |  |  |
|  | | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy | |  |  |
|  | | Uchwyty do prowadzenia i sterowania elektrycznego noszy na dwóch poziomach wysokości, zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu o zróżnicowanym wzroście | |  |  |
|  | | Wyświetlacz stanu naładowania akumulatora wbudowany w nosze | |  |  |
|  | | Licznik godzin pracy ułatwiający określenie czasu przeprowadzania wymaganego przeglądu technicznego | |  |  |
|  | | System bezprzewodowego ładowania akumulatora noszy po wpięciu w mocowanie, sygnalizacja świetlna rozpoczęcia procesu ładowania | |  |  |
|  | | Możliwość szybkiej, bezpiecznej wymiany akumulatora w noszach bez pomocy narzędzi | |  |  |
|  | | Nosze z automatycznym, hydrauliczno-elektrycznym systemem podnoszenia, obniżania; z elektrycznym wprowadzaniem noszy z i do ambulansu, eliminującym ręczne przenoszenie pełnego ciężaru pacjenta i noszy | |  |  |
|  | | Dodatkowy/rezerwowy system ręcznej obsługi noszy w tym: opuszczania, podnoszenia, załadunku i wyładunku noszy z ambulansu | |  |  |
|  | | 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 | |  |  |
|  | | Potwierdzenie spełnienia przez nosze normy dla medycznych urządzeń elektrycznych elektrycznych ICE 60601-1 lub równorzędnej | |  |  |
|  | | Waga noszy max. 65 kg | |  |  |
|  | | Elektryczny system mocowania noszy montowany bezpośrednio **do podłogi ambulansu lub lawety**, umożliwiający załadunek i rozładunek pacjenta bez wysiłku fizycznego o udźwigu minimum 390kg. | |  |  |
|  | | Wbudowany w mocowanie noszy zapasowy panel sterowania pozwalający na automatyczne unoszenie/opuszczanie goleni noszy, wypinanie/wpinanie noszy z funkcją rezerwowej obsługi manualnej wyżej opisanych opcji | |  |  |
|  | | Wskaźniki typu LED ułatwiające naprowadzanie noszy na system mocowania np.: w nocy, dodatkowa sygnalizacja świetlna poprawnego zapięcia noszy w mocowaniu | |  |  |
|  | | W zestawie komplet dwóch akumulatorów (praca + zapas) z ładowarką. Ładowanie akumulatorów z zasilania 12 V i 230V. W komplecie uchwyt/mocowanie dodatkowej ładowarki w ambulansie. | |  |  |
|  | | Możliwość mycia ciśnieniowego mocowania podłogowego oraz ukompletowanych noszy (z akumulatorem). | |  |  |
|  | | Zakres temperatur pracy noszy elektryczno-hydraulicznych od -34° do 54° C. | |  |  |
|  | | **Nosze wyposażone w dodatkowy zestaw pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci kompatybilny z zaoferowanymi noszami głównymi** | |  |  |
|  | | Przeznaczone do zabezpieczenia niemowląt i dzieci w przedziale wagowym 4,5 - 18kg | |  |  |
|  | | Mocowane w 3 punktach za pomocą 1-częściowych pasów z klamrami | |  |  |
|  | | 5 pasów wyposażonych w klamry, zapinanych na ramionach, klatce piersiowej oraz kroczu | |  |  |
|  | | Możliwość regulacji długości wszystkich pasów; | |  |  |
|  | | **2 komplety pasów ograniczających ruchy pacjenta (rozm. L)** wykonane z odpornego na uszkodzenia poliestru, zapinane przy pomocy kluczy magnetycznych, elementy metalowe zabezpieczone przed korozją, z możliwością regulacji oraz czyszczenia lub prania w temp. Do 90oC. Każdy komplet składający się z uprzęży na klatkę piersiową, pasa ograniczającego ruchy, pasów na nadgarstki oraz kostki z zamkami magnetycznymi i kluczami. | |  |  |
| **II. KRZESEŁKO TRANSPORTOWE** | | | |  | ------- |
|  | | Podać markę, model i rok produkcji (krzesełko fabrycznie nowe, nie starsze niż 2024) | |  |  |
|  | | Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | |  |  |
|  | | Wyposażone w system płozowy do transportu pacjenta po schodach | |  |  |
|  | | Wyposażone w siedzisko i oparcie mocowane fabrycznie na stałe z materiału winylowego o wysokiej odporności na ścieranie, pęknięcia, odporne na bakterie, grzyby, zmywalne i umożliwiające dezynfekcję | |  |  |
|  | | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie | |  |  |
|  | | Wysuwane uchwyty przednie blokowane w min 2 pozycjach | |  |  |
|  | | Wyposażone 4 koła w tym min. 2 obrotowe w zakresie 360° | |  |  |
|  | | Min. 2 hamulce na tylnych kołach | |  |  |
|  | | Uchylne rączki tylne, blokowane | |  |  |
|  | | Wysuwany uchwyt ramy oparcia blokowany w min 2 pozycjach | |  |  |
|  | | Kąt pomiędzy płozami, a ramą krzesełka ≥ 30˚ | |  |  |
|  | | Rozstaw zewnętrzny płóz min. 37 cm. | |  |  |
|  | | System płozowy odpinany bez konieczności użycia narzędzi  **parametr punktowany:**  **Tak – 2 pkt**  **Nie – 0 pkt** | |  |  |
|  | | Stabilizator głowy pacjenta | |  |  |
|  | | Ruchoma podpórka na stopy pacjenta zapewniająca mu stabilne podparcie, uniemożliwiające ześliźnięcie się stóp pacjenta, o wymiarach min. 240x85 mm | |  |  |
|  | | Min. 3 pasy poprzeczne | |  |  |
|  | | Waga krzesełka z zainstalowanym system płozowym max. 14 kg - podać wagę | |  |  |
|  | | Udźwig min. 225 kg (parametr wymagany) podać:  **Parametr punktowany:**  **Udźwig powyżej 230 kg – 3pkt**  **Udźwig ≤ 230 kg – 0 pkt** | |  |  |
| **Wymagania pozostałe (ogólne, związane z zakresem usług po zrealizowaniu dostawy)** | | | | |  |
|  | | Ambulans fabrycznie nowy – rok produkcji nie wcześniej niż 2024r. (pojazd bazowy, zabudowa, wyposażenie, sprzęt medyczny) | |  |  |
|  | | Wykonawca w ramach realizacji przedmiotu zamówienia (bez dodatkowego wynagrodzenia) zamontuje będące w posiadaniu Zamawiającego wyposażenie Ambulansu (**u Zamawiającego**) tj. Defibrylator, Respirator, itp. Przełożenie sprzętu z obecnej karetki do nowej (także podłączenie tabletu, radiotelefonu itp.) | |  |  |
|  | | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | |  |  |
|  | | Gwarancja mechaniczna(silnik i podzespoły) min. 48 miesiące bez limitu kilometrów (podać) | |  |  |
|  | | Gwarancja na powłokę lakierniczą min. 48 miesiące (podać) | |  |  |
|  | | Gwarancja na perforację nadwozia min. 144 miesięcy (podać) | |  |  |
|  | | Gwarancja na zabudowę medyczną ambulansu min. 24 miesiące (Podać) | |  |  |
|  | | Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:   1. wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego( po zabudowie) 2. instrukcję obsługi pojazdu 3. książkę obsługi (przeglądów ) pojazdu bazowego 4. kartę gwarancyjną pojazdu oraz sprzętu medycznego 5. Instrukcję obsługi sprzętu medycznego w języku polskim 6. paszporty do sprzętu medycznego, **Deklaracja zgodności CE,** oraz inne dokumenty wskazane w projekcie umowy | |  |  |
|  | | Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszej SWZ) ma posiadać protokół/raport z przeprowadzonych badań potwierdzający wykonanie testu zderzeniowego całego jednorodnego nadwozia ambulansu (zgodnie z aktualnymi wymogami PN EN 1789) wystawione przez niezależną notyfikowaną jednostkę badawczą – dotyczący oferowanej konfiguracji zabudowy specjalnej ambulansu przeprowadzonych na oferowanej marce i modelu ambulansu. Wraz z dostawą ambulansu dostarczyć protokół/raport z badań | |  |  |
|  | | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, niepowystawowy, rok produkcji pojazdu 2023/2024. | |  |  |
|  | | Darmowe szkolenie personelu z zakresu obsługi noszy wykonane przez autoryzowanego przedstawiciela firmy sprzedającej w siedzibie zamawiającego | |  |  |
|  | | Czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki max. 48 h, , natomiast w czasie np. ustawowo wolnym od pracy, czas oczekiwania na reakcję serwisu nie będzie przekraczał 72h | |  |  |
|  | | Naprawy gwarancyjne zabudowy medycznej będą w siedzibie Zamawiającego, za wyjątkiem zakresów wymagających wizyty w warsztacie Serwisanta. Zgłoszenie awarii bądź usterki nastąpi telefoniczne, e-mail, lub faksem | |  |  |
|  | | Oferowany sprzęt medyczny powinien posiadać deklaracje zgodności/certyfikat CE wraz z dostawą, paszport techniczny, gwarancja | |  |  |
|  | | Dostawa ambulansu na kołach lub lawecie na koszt i ryzyko Wykonawcy do siedziby Zamawiającego. | |  |  |
|  | | Serwis pojazdu realizowany w najbliższym ASO dla siedziby Zamawiającego: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać) | |  |  |
|  | | Serwis zabudowy realizowany przez: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać) | |  |  |
|  | | Serwis noszy i krzesełka: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać) | |  |  |

**Maksymalna suma punktów parametrów ocenianych wynosi 40 pkt.**

Liczba przyznanych punktów za zaoferowane parametry służyć będzie ocenie w kryterium Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne).

**Uwaga!**

Parametry wskazane w kolumnie "Wymagane parametry minimalne" są parametrami granicznymi, co oznacza że niespełnienie któregokolwiek wymaganego parametru opisującego przedmiot zamówienia spowoduje odrzucenie oferty. Brak wartości w kolumnie „tak/nie” będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym przedmiocie zamówienia.

W przypadku, gdy w opisie danego parametru Zamawiający określił dany parametr jako punktowany, oznacza to, że za jego spełnienie (zaoferowanie) oferta Wykonawcy otrzyma wskazaną liczbę punktów, które służyć będą ocenie oferty w kryterium *Jakość (parametry techniczno-funkcjonalne)*. Za brak spełnienia tego parametru Zamawiający przyzna ofercie 0 pkt za ten parametr.

W przypadku, gdy w ramach danego parametru określony został minimalny poziom spełnienia, a punktacja określona została w przypadku zaoferowania parametru lepszego niż minimalnie wymagany:

1. gdy oferta nie spełni minimalnego poziomu – to zostanie odrzucona,
2. gdy Wykonawca zaoferuje parametr na minimalnym wymaganym poziomie – oferta otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert „Jakość”;
3. gdy Wykonawca zaoferuje parametr lepszy zgodnie z opisem oceny – Zamawiający przyzna za dany parametr punkty określone dla danego parametru.

Parametry punktowane oceniane będą na podstawie deklaracji wykonawcy (nie muszą być potwierdzane dokumentami przedmiotowymi.

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany ambulans posiada aktualne świadectwa homologacji dla oferowanego przedmiotu zamówienia (pojazdu bazowego po wykonanej adaptacji na ambulans) czyli pojazdu specjalnego sanitarnego, wydane na podstawie przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie oraz certyfikaty wydane przez jednostki notyfikowane potwierdzające zgodność z wymogami aktualnej normy PN EN 1789+A2:2015 (lub równoważnej) w zakresie ambulansów.
3. Ww. przedmiot zamówienia zobowiązujemy się dostarczyć za następującą cenę:

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **j.m** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| kol. D x kol. E | (kol. F x kol. G%) + kol. F |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* | *F* | *G* | *H* |
|  | Ambulans z zabudową medyczną i wyposazeniem | Szt. | 1 |  |  |  |  |
|  | Nosze z transporterem i uprzężą pediatryczną do noszy oraz pasami ograniczającymi ruchy pacjenta | kpl | 1 |  |  |  |  |
|  | Krzesełko kardiologiczne | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM (Cena brutto oferty)** | | | | |  |  |  |

**Uwaga! Niniejszy załącznik stanowi integralną część oferty i nie podlega uzupełnieniu.**

**Dokument winien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym**