Załącznik nr 9 do SWZ

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**WRAZ PARAMETRAMI PUNKTOWANYMI**

**Dostawa** **ambulansu typu B o DMC do 3,5 tony wraz z wyposażeniem medycznym – 1 sztuka
(CPV:** **34114121-3, 33192160-1, 33100000-1)**

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny):**

Marka/typ/Oznaczenie handlowe: ……………………………………………………………………………………………………………………..……

Rok produkcji pojazdu nie wcześniej niż 2022r., fabrycznie nowy (podać): ……………………………………………………………….

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

Numer i data wydania świadectwa homologacji (podać): ………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagane parametry/warunki dla samochodu bazowego** | **Warunek graniczny**  | **Wpisać****TAK/NIE****Nie spełnienie parametru powoduje odrzucenie oferty.** |
|  | Ambulans ratunkowy typu B przystosowany 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) Ambulans ma spełniać wymagania aktualnej normy PN/EN 1789 lub równoważnej w zakresie ambulansu typu C lub norm równoważnych. |  |  |
| **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. | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy ,fotele regulowane z podłokietnikami |  |  |
| 3. | Drzwi tylne wysokie , przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250º, o wysokości minimum 1,75 m |  |  |
| 4. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym  |  |  |
| 5. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. |  |  |
| 6. | Kolor nadwozia żółty |  |  |
| 7. | Centralny zamek wszystkich drzwi, 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 , moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm |  |  |
| 3. | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisjispalin,  |  |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  |  |
| 1. | Skrzynia biegów manualna lub automatyczna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym |  |  |
| 2. | Napęd przedni lub tylny |  |  |
| 3. | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny |  |  |
| 4. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania |  |  |
| **IV.** | **ZAWIESZENIE** |  |  |
| 1. | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów |  |  |
| **V.** | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |  |
| 1. | System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. |  |  |
| 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 w dwóch płaszczyznach tj. góra – dół, przód - tył |  |  |
| **VII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| 1. | Zespół dwóch akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu – jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału pacjenta – połączone tak aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V . Dodatkowy przycisk umożliwiający spięcie akumulatorów. |  |  |
| 2. | Fabrycznie wzmocniony alternator o wydajności min. 250 A |  |  |
| **VIII.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| 1. | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. |  |  |
| 2. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. |  |  |
| 3. | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (min. dwa rodzaje). |  |  |
| 4. | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. |  |  |
| 5. | Klimatyzacja półautomatyczna lub automatyczna kabiny kierowcy. |  |  |
| 6. | Lusterka zewnętrzne, regulowane, składane i podgrzewane elektrycznie |  |  |
| 7. | Lusterko wewnętrzne. |  |  |
| 8. | Reflektory główne typu led |  |  |
| 9. | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie  |  |  |
| 10. | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi |  |  |
| 11. | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. |  |  |
| 12. | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża |  |  |
| 13. |  Pełnowymiarowe koło zapasowe zainstalowane pod autem lub zestaw naprawczy |  |  |
| 14. | Czujniki ciśnienia w kołach |  |  |
| 15. | Radioodbiornik |  |  |
| **IX** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1. | Pojazd fabrycznie nowy – min. 2022 |  |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące bez limitu kilometrów – na pojazd bazowy  |  |  |
| 3. | Gwarancja min. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru na perforację nadwozia ambulansu. |  |  |
| 4. | **Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:**1. wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego( po zabudowie)
2. instrukcję obsługi pojazdu
3. książkę obsługi pojazdu bazowego
4. dokumenty do rejestracji
 |  |  |
|  | **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** | **Warunek graniczny**  | **Wpisać****TAK/NIE****Nie spełnienie parametru powoduje odrzucenie oferty.** |
| **I.** | **NADWOZIE** |  |  |
| 1. | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 3200 x 1700 x 1800  |  |  |
| 2. | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. |  |  |
| 3. | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. |  |  |
| 4. |  Schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (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 ( różnych modeli) 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).  |  |  |
| 5. | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową |  |  |
| 6. | Miejsce wraz z mocowaniem urządzenia do kompresji klatki piersiowej w zewnętrznym schowku |  |  |
| 7. | Miejsce wraz z mocowaniem 2 kasków ochronnych |  |  |
| **X.** | **OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** |  |  |
| 1. | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu, |  |  |
| 2. | 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  |  |  |
| 4. | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,0 kW tzw. powietrzne. Ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury termostatem takie, aby przy temperaturach zewnętrznych – 100 C i niższych, ogrzanie wnętrza do temperatury co najmniej + 50 C nie powinno trwać dłużej niż 15 minut. Po upływie 30 minut w przedziale pacjenta temperatura powinna wynosić co najmniej 22ºC (proszę podać markę i model urządzenia), |  |  |
| 5. | Klimatyzacja dwu parownikowa 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). |  |  |
| **XI.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| 1. | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji: 1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V1. minimum cztery 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), + gniazdo 230V na ścianie działowej
2. kabel zasilający o długości min. 10m,
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.

**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. |  1.Instalacja dla napięcia 12V przedziału  medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V  zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem 2.Oświetlenie przedziału medycznego:- światło rozproszone realizowane przez lampy typu LED umieszczone po obu stronach 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 .

Panel przyciskowy nie typu touch screen. |  |  |
| 4. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący: 1. sterujący oświetleniem zewnętrznym( światła robocze)
2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączenia 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

Panel przyciskowy nie typu touch screen. |  |  |
| **XII.** | **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 napis „ambulans” |  |  |
| 2. | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED + dwa na lusterkach |  |  |
| 3. | W tylnej części dachu pojazdu pojedyncza lampa typu kogut – dwie sztuki |  |  |
| 4. | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami. |  |  |
| 5. |  Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej – podać markę i model. |  |  |
| 6. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu  |  |  |
| 7. | Oznakowanie pojazdu:- 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii:a) typu 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm umieszczony wokół dachuc) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) - z przodu i z tyłu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej **„S” lub „P” ( do uzgodnienia po podpisaniu umowy)**- nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu |  |  |
| 8. | Dodatkowe migacze, typu LED, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia |  |  |
| 9. | Na lusterkach bocznych lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED |  |  |
| **XIII.** | **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** |  |  |
| 1. | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:a) helikalna antena przewoźna typu APH-030b) częstotliwość środka pasma anteny: 169,000 MHz (+-0,5MHz);c) independencja wejściowa nominalna: 50Ω;d) współczynnik fali stojącej: poniżej 1,5 SWR;e) polaryzacja pionowa;f) charakterystyka promieniowania – dookólna;g) maksymalna moc dostarczenia do anteny 60W;h) antena o długości całkowitej nie dłuższej niż 20 cm liczona od podstawy do szczytu anteny;W przedziale medycznym głośnik zmożliwością podłączenia do radiotelefonu. |  |  |
| 2. | Instalacja do systemu SWD PRM wraz z antenami oraz modułem GPS (Teltonika lubrównoważny), i dedykowanym uchwytem pełniącym jednocześnie rolę ładowarki podtablet Zebra zamontowanym w kabinie kierowcy. Po zamontowaniu przez Zamawiającegotabletu oraz drukarki ambulans ma prawidłowo funkcjonować w systemie SWDPRM. Bez drukarki i bez tabletu. |  |  |
| **XIV.** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  |  |
| 1. | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian ,umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy |  |  |
| 2. | 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 bezwładnościowy, trzypunktowy pas bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia)  |  |  |
| 4. | U wezgłowia noszy jeden fotel obrotowy , wyposażony w bezwładnościowy, trzypunktowy pas bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) z funkcją przesuwu. |  |  |
| 5. | 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 (wymiary przejścia mierzone w świetle: wysokość min. 165 cm, szerokość min. 40 cm . |  |  |
| 6. | 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 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.).- na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym, kosz na śmieci, uchwyty do mocowania rękawiczek 3 szt. |  |  |
| 7. | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną (wysokość blatu roboczego 100 cm ± 10 cm – podać wartość oferowaną- min. dwie szuflady- kosz  |  |  |
| 8. | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 2 szt. pojemników. |  |  |
| 9. | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej |  |  |
| 10. | Na lewej ścianie przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu. Zamocowane 2 poziome szyny min. 4 uniwersalne płyty mocującej – 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.Na jednym z adapterów uchwyt kątowy do pompy infuzyjnej |  |  |
| 11. | Fotele w przedziale medycznym wyposażone w czujniki zapięcia pasów informujące kierowcę wizualnie i/lub dźwiękowo o tym że na fotelu w przedziale medycznym siedzi osoba i ma niezapięty pas bezpieczeństwa. |  |  |
| 12. | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen z 2 szt. butli 10l.- minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego (min. 2 na ścianie lewej) + gniazdo sufitowe- dodatkowy uchwyt na dwie małe butle przenośne.- 2 reduktory na duże butle tlenowe- 2 przepływomierze |  |  |
| 13. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min 20 cm, możliwość pochyłu o min 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej) z wysuwem na zewnątrz pojazdu |  |  |
| 14. | Termobox |  |  |
| 15. | Szyberdach z funkcją wyjścia ewakuacyjnego. |  |  |
| **XV.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. |  |  |
| 2. | Reflektory zewnętrzne po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 za 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. |  |  |
| 3. | Kamera cofania + kamera przedziału medycznego |  |  |
| 4. | Lampka typu kokpit dla pasażera w kabinie kierowcy |  |  |
| 5. | Ampularium |  |  |
| 6. | Tablica do pisania  |  |  |
| 7. | Intercom |  |  |
| 8. | Głośnik w przedziale medycznym podłączony do radia |  |  |
| 9. | Szperacz bezprzewodowy zainstalowany w kabinie kierowcy |  |  |
| 10. | Dywaniki |  |  |
| 11. | Cztery koła zimowe (opona, felga, czujnik ciśnienia) |  |  |
| 12. | Cztery koła letnie (opona, felga, czujnik ciśnienia) |  |  |
| 13. | Stopień elektryczny przy prawych drzwiach przesuwnych |  |  |
| **XVI.** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1. | Karta gwarancyjna zabudowy przedziału medycznego |  |  |
| 2. | Gwarancja na samochód bazowy – min. 24 miesiąceGwarancja na powłokę lakierniczą – min. 24 miesiąceGwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiąceGwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiąceGwarancja na perforację nadwozia – min. 60 miesięcy |  |  |
| 3. | Zamawiający dopuszcza dostawę na kołach |  |  |
| 4. | Za okresowe przeglądy eksploatacyjne samochodu bazowego.**Uwaga!** Nie należy wliczać pakietów serwisowych w ofertę.**Wliczyć w ofertę przeglądy adaptacji medycznej w siedzibie Zamawiającego.** |  |  |

**Kryterium pozacenowe odnoszące się do przedmiotu zamówienia**

 **Oferowany przedmiot zamówienia będzie posiadał:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Parametry punktowane | Punktacja\* |
| 1. | Silnik o mocy powyżej 180KM, maksymalny moment obrotowy powyżej 430Nm | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |
| 2. | System doświetlania zakrętów realizowany przez fabryczny układ samochodu bazowego i objęty gwarancją samochodu bazowego (montowany w fabryce pojazdu bazowego) | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |
| 3. | Poduszki powietrzne w kabinie kierowcy nadokienne (kurtynowe) | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt |
| 4. | Elektryczny system wspomagania domykania drzwi prawych I lewych przesuwnych. | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |
| 5. | Elektrycznie ogrzewana szyba przednia (nie standardowy nadmuch ciepłego powietrza) + Ogrzewanie pomocnicze elektryczne, zależne od silnika, współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury w kabinie kierowcy | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |
| 6. | System przesuwu fotela u wezgłowia noszy System przesuwu niewymagający od Użytkownika używania narzędzi do przesuwu fotela tzn. możliwość przesuwania fotela analogiczna (podobna funkcjonalnie) jak w fotelu kierowcy. Zwolnienie mechanizmu przesuwu zarówno przy fotelu jak i na ścianie działowej (przy drzwiach przesuwnych) | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |
| 7. | Z systemem składanego podwozia, automatycznie składanymi goleniami przednimi i tylnymi bez konieczności wciskania jakichkolwiek przycisków czy zwalniania dźwigni oraz funkcją podtrzymania całego ciężaru pacjenta przez goleń tylną pozwalający na bezpieczne wprowadzanie/wyprowadzanie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę Umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z karetki | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |
| 8. | Rozrząd w formie łańcucha. | □TAK - 5 pkt.□NIE – 0 pkt. |

\* należy zaznaczyć poprzez wstawienie symbolu „X” lub „V” w odpowiednie pole oznaczone □

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nosze główne**  | **Transporter noszy głównych** |
| **Producent:** |  |  |
| **Oferowany model:** |  |  |
| **Rok produkcji min. 2022 lub nowszy** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **NOSZE GŁÓWNE** |  |  |
|  | Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | TAK |  |
|  | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK |  |
|  | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami min. 90 stopni. | TAK (podać)  |  |
|  | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak. | TAK |  |
|  | Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | TAK |  |
|  | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą. | TAK |  |
|  | Ze składanymi poręczami bocznymi, z rączkami do przenoszenia, ze składanym wieszakiem do kroplówki | TAK |  |
|  | Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy. | TAK |  |
|  | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi. | TAK |  |
|  | Z cienkim niesprężynującym materacem - 1 szt. z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | TAK |  |
|  | Waga oferowanych noszy max. 23 kg. zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PNEN 1865 lub równoważnej, podać wagę noszy. | TAK (podać ) |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 240 kg. (podać obciążenie dopuszczalne w kg.) | TAK (podać)  |  |
|  | Przegląd „0” i pierwszy roczny w cenie oferty wraz z kosztami dojazdu. | TAK |  |
|  | Zestaw transportowy składający się z noszy głównych, transportera wielopoziomowego oraz mocowania - ma być zgodny w pełni z wymogami aktualnych zharmonizowanych norm PN-EN 1865-1+A1:2015 i PN-EN 1789:2021 lub równoważnych, poświadczony odpowiednim dokumentami tj. certyfikatem zgodności wystawionym przez niezależną jednostkę notyfikującą zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej.**Na wezwanie Zamawiającego**: dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualna normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 lub równoważnych dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ),- instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie. | TAKTAK |  |
|  | Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce | TAK (podać) |  |
| **II.** | **TRANSPORTER NOSZY GŁOWNYCH** |  |  |
|  | Z systemem składanego podwozia, automatycznie składanymi goleniami przednimi i manualnie składanymi goleniami tylnymi bez konieczności wciskania jakichkolwiek przycisków czy zwalniania dźwigni oraz funkcją podtrzymania całego ciężaru pacjenta przez goleń tylną pozwalający na bezpieczne wprowadzanie/wyprowadzanie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę Umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z karetki | TAK |  |
|  | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | TAK |  |
|  | Podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym opadnięciem w dół po zwolnieniu dźwigni odblokowującej golenie | TAK |  |
|  | Regulację wysokości w min. sześciu poziomach | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia) | TAK |  |
|  | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm. min.2 kółka jezdne skrętne w nogach noszy zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, kółka umożliwiają jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach) (podać średnicę kółek w mm.) | TAK (podać) |  |
|  | Min. dwa kółka wyposażone w hamulec | TAK |  |
|  | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789 lub równoważnej | TAK |  |
|  | Obciążenie dopuszczalne transportera min. 250 kg.(podać dopuszczalne obciążenie w kg.) | TAK |  |
|  | Waga transportera max. 28 kg, zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1865 lub równoważnej (podać wagę transportera w kg.) | TAK (podać) |  |
|  | Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | TAK |  |
|  | Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi | TAK |  |
|  | Przegląd „0” i pierwszy roczny w cenie oferty wraz z kosztami dojazdu. | TAK |  |
|  | Zestaw transportowy składający się z noszy głównych, transportera wielopoziomowego oraz mocowania - ma być zgodny w pełni z wymogami aktualnych zharmonizowanych norm PN-EN 1865-1+A1:2015 i PN-EN 1789:2021, poświadczony odpowiednim dokumentami tj. certyfikatem zgodności wystawionym przez niezależną jednostkę notyfikującą zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej.**Na wezwanie Zamawiającego** : dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualną normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 lub równoważne dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ),- instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie. | TAK |  |
|  | Wymagany okres gwarancji min 24 m-ce | TAK (podać) |  |
| 16.  | Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny na 10g ambulansu , zgodnie z wymaganiami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789 lub równoważnej**Na wezwanie Zamawiającego - dokument uwierzytelniający.** | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Krzesełko kardiologiczne składane typu schodołaz**  |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Rok produkcji min. 2022 lub nowszy** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE SKŁADANE TYPU SCHODOŁAZ** |  |  |
| 1. | Krzesło kardiologiczne składane dopuszczone do obrotu zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 2. | Wykonane z materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekującychwyposażone w min 4 kółka jezdne z czego tylne o średnicy min 15 cm oraz posiadające hamulce,przednie obrotowe o średnicy min 10cm, wyposażone w przednie rączki transportowe z regulacją długości. | TAK |  |
| 3. | Wyposażone w system trakcyjny gąsiennicowy z wbudowanym hamulcem obciążeniowym działającym na zasadzie im cięższy pacjent tym krzesło jedzie wolniej | TAK |  |
| 4. | Umożliwiające zjazd po schodach | TAK |  |
| 5. | Szeroki rozstaw gąsienic min. 30 cm zwiększający stabilność w trakcie manewrowania | TAK (podać) |  |
| 6. | Wyposażone w składane tylne rączki transportowe | TAK |  |
| 7. | Wyposażone w ruchomą tylną ramę z regulacją jej wysokości na co najmniej 5 – ciu poziomach  | TAK (podać) |  |
| 8. | Ze składanym podnóżkiem | TAK |  |
| 9. | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | TAK |  |
| 10. | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału , odpornego na bakterie, grzyby, zmywalne, dające się szybko demontować | TAK |  |
| 11. | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie | TAK |  |
| 12. | Waga max 15 kg  | TAK (podać) |  |
| 13. | Dopuszczalne obciążenie co najmniej 200 kg | TAK (podać) |  |
| 14. | Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | TAK |  |
| 15 | Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe). | TAK (podać) |  |

**Niniejszy plik powinien zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę(osoby) upoważnioną (upoważnione) do reprezentacji wykonawcy**