Załącznik nr 2 do SWZ FZP.III-241/13/21

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AMBULANS DROGOWY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO Z WYPOSAŻENIEM** | | | | | | | | |
| Lp. | **CECHY AMBULANSU** | | | | |  | | *Poniżej należy wypełnić tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego.* |
|  | Nazwa środka transportu, producent, typ, model, rok produkcji | | Wpisać | Nazwa środka transportu. | | | | |
|  |  | |  | Producent.................... | | | | |
|  |  | |  | Typ.............................. | | | | |
|  |  | |  | Model........................... | | | | |
|  |  | |  | Rok produkcji (pojazd fabrycznie nowy min. – 2020)……… | | | | |
|  | **PODSTAWOWE PARAMETRY** | | | | | **xxxxxx** | | **xxxxxxxxxxxxxxxxx** |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | | | | |
|  | Spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach PN-EN 1789:2015 (U); PN-EN 1789+A2:2015-01 (U) w zakresie ambulansu typu B przenoszących europejskie normy zharmonizowane zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medyczny - *„lub równoważne”\*.*  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): | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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 | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy, fotele regulowane z podłokietnikami | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Drzwi tylne wysokie , przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250º z systemem blokowania przy otwieraniu, o wysokości minimum 1,75 m | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym oraz dodatkowym elektrycznym ale nie wysuwanym z prowadnic | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Kolor nadwozia biały | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **SILNIK I NAPĘD** | | | | | | | |
|  | Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Moc silnika minimum 160 KM , moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisji spalin, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | | | | | | | |
|  | Automatyczna skrzynia biegów, min. 7 biegów do przodu + bieg wsteczny | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Napęd na jedną oś (przednią lub tylną – podać) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **ZAWIESZENIE** | | | | | | | |
|  | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **UKŁAD HAMULCOWY** | | | | | | | |
|  | System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | System wspomagania nagłego hamowania. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę” | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **UKŁAD KIEROWNICZY** | | | | | | | |
|  | Ze wspomaganiem. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach tj. góra – dół, przód - tył | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | | | |
|  | 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 doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Fabrycznie wzmocniony alternator o mocy minimum 200 A | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | | | |
|  | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70 L. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (min. dwa rodzaje). | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Klimatyzacja kabiny kierowcy. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Lusterka zewnętrzne, regulowane i podgrzewane elektrycznie | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Lusterko wewnętrzne. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | | | | | Tak/Nie | | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | Elektrycznie ogrzewana szyba przednia (nie poprzez nadmuch ciepłego powietrza) | | | | | Tak/Nie | | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | Kurtyny powietrzne w kabinie kierowcy | | | | | Tak/Nie | | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Zestaw naprawczy + koło zapasowe dostarczone luzem | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **NADWOZIE** | | | | | | | |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 3200 x 1700 x 1800 | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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 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) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową | | | | |  | |  |
|  | Miejsce wraz z mocowaniem 2 kasków ochronnych | | | | |  | |  |
|  | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | | | |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 1.8 kW zasilany z sieci 230 V (podać markę i model urządzenia) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju (proszę podać markę, model i wydajność w m3/h), | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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), | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | | | |
|  | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:  -zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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), + gniazdo 230V na ścianie działowej | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | kabel zasilający o długości min. 10m, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V (podać markę i model oraz parametry techniczne), | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Instalacja dla napięcia 12V przedziału medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V   zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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 | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Przedział medyczny ma być wyposażony w zamontowany na ścianie panel sterujący:  -Informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu  -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 przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury . | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:  sterujący oświetleniem zewnętrznym( światła robocze)  -informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy  informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V  informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego  ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o nie doładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **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” | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | W tylnej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania miejsca akcji za ambulansem | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej – podać markę i model. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu lub zintegrowaną manetkę | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **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 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”) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - z przodu i z tyłu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej **„S” lub „P”** ( do uzgodnienia po podpisaniu umowy) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Dodatkowe migacze, typu LED, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** | | | | | | | |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:  - zakres częstotliwości -168-170 MHz, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - współczynnik fali stojącej -1,6, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - polaryzacja pionowa, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - charakterystyka promieniowania –dookólna, | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | - 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 | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Wykonanie instalacji do podłączenia radiotelefonu – uchwyt + wyprowadzone i obrobione końcówki do radiotelefonu motorolla DM46 lub równoważnego | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Zestaw anten dwuzakresowych GPS/GSM umożliwiających prawidłowe działanie wszystkich elementów systemu SWD PRM | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Głośnik w przedziale medycznym podłączony do radia | | | | | TAK opisać | |  |
|  | Zamontowanie uchwytów mocujących tablet w kabinie kierowcy oraz doprowadzeniem przewodów zasilających i przewodu USB łączącego tablet z drukarką.(bez tabletu i bez drukarki,). Uchwyt do drukarki umożliwiający korzystanie z niej podczas jazdy ambulansu. Stacja dokująca po stronie Wykonawcy. Moduł do systemu SWD po stronie Wykonawcy. Zamawiający używa drukarek HP100 oraz tabletów durabook. | | | | | TAK opisać | |  |
|  | Tablet, drukarka– po stronie Zamawiającego | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | | | | | | |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian, umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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) . | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy umożliwiający jazdę tyłem do kierunkujazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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. | | | | | Tak/Nie | | 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 | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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  - 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. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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 | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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 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. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen z butli 10l. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | dodatkowy uchwyt na dwie małe butle przenośne. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | dwie butle tlenowe 10 l + 2 reduktory | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | dodatkowe gniazdo AGA sufitowe | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | przepływomierz z nawilżaczem | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę Uwaga: zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety nie może odbywać się za pomocą linki , podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności) | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Wbudowane w zabudowę medyczną urządzenie do ciągłego oczyszczania powietrza metodą suchą np. poprzez filtrację. Oczyszczanie może być zastosowane podczas pracy personelu w przedziale medycznym. | | | | | Tak/Nie | | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | | | |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | 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. | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Lampka typu kokpit | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Ampularium | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Lodówka o pojemności min. 5 l utrzymująca temperaturę 4-8 stopni | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Dodatkowy trójkąt ostrzegawczy | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | Cztery opony zimowe | | | | | TAK  opisać | |  |
|  | | **SPRZĘT MEDYCZNY** | | | | | | |
|  | | **NOSZE** | | | | | | |
|  | | Zestaw transportowy – podać markę i model | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 75 stopni. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia i ułożenia głowy na wznak do pozycji węszącej | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | 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  Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Składany teleskopowo statyw na płyny infuzyjne. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Waga noszy max 23 kg (podać) | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | **TRANSPORTER NOSZY** | | | | | | |
|  | | 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 pacjentem nawet przez jedną osobę. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Szybki, bezpieczny i łatwy system połączenia z noszami. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | 4 główne uchwyty transportera | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Przyciski blokady goleni kodowane kolorami | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Maksymalne obciążenie dopuszczalne transportera min. 227 kg | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Waga transportera max 28 kg Dopuszcza się wyższą wagę transportera do max.36 kg przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1789 i PN EN 1865 – *„lub równoważne”\*,* poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC - dostarczyć przy dostawie | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze oraz rama noszy i transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym – większa wytrzymałość oraz dłuższa żywotność noszy | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami PN EN 1789 *– „lub równoważne”\*,* | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | **DEFIBRYLATOR** | | | | | | |
|  | | podać markę i model | | |  | |  | |
|  | | Defibrylator przenośny przystosowany do montażu i przewozu w ambulansie wyposażony w następujące funkcje:  - defibrylacja  - kardiowersja  - stymulacja  - 12 odprowadzeniowe EKG  - czujnik SPO2  - NIBP  - transmisja danych poprzez dedykowany dodatkowy modem  - moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Ilość defibrylacji z energią 200 J przy pracy z baterii ≥. 400  zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J  przekątna ekranu min. 8 cala | | | Tak/Nie | | TAK - 5 pkt.  NIE – 0 pkt. | |
|  | | W zestawie certyfikowany uchwyt karetkowy, torba z kieszeniami oraz z paskiem do noszenia na ramieniu, tester oraz akcesoria umożliwiające spełnienie powyższych funkcji. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Respirator transportowy | | | | | | |
|  | | podać markę i model | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - tryb wentylacji kontrolowanej IPPV | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - tryb wentylacji wspomaganej SIMV | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - wentylacja 100% tlenem | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - mix tlenowy | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20 – 60 mbar | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 5-40 oddechów/min | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | niezależna regulacja objętości oddechowej w zakresie 3-20 l/min. | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - zawór pacjenta z miejscem na zastawkę PEEP regulowaną w zakresie 0-20 cmH2O | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | optyczne i dźwiękowe alarmy bezpieczeństwa: niskiego i wysokiego ciśnienia wentylacji; niskiego ciśnienia w układzie zasilania; rozładowania baterii | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0-15 l/min | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - możliwość podłączenia maski do tlenoterapii lub wąsów tlenowych | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | - funkcja płynnego przełączania źródła zasilania tlenem (butla wewnętrzna/instalacja centralna) | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | zestaw przenośny w postaci metalowej, posiadającej od wewnętrznej strony miejsce na butlę tlenową i reduktor, a od zewnętrznej miejsce na respirator, moduł inhalacji i akcesoria | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Zestaw posiada uchwyty do powieszenia na ramie noszy lub łóżka, oraz uchwyt stacjonarny do powieszenia na ścianie. Komplet posiada certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 – „lub równoważne”\*,  Komplet stanowi:  – respirator  – moduł inhalacji  – rama transportowa  – butla tlenowa o poj. 2 l  – reduktor z manometrem  – przewód pacjenta przystosowany do sterylizacji w autoklawie  – zawór pacjent przystosowany do sterylizacji w autoklawie  – maska nr 5  - przewód ciśnieniowy  - zastawka PEEP  - płyta ścienna | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | | | |
|  | | Gwarancja 24 miesiące na wyposażenie dodatkowe  Książkę gwarancyjną należy dostarczyć wraz z dostawą | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Termin dostawy do siedziby zamawiającego, od daty podpisania umowy  do 30 dni – 10 pkt  do 35 dni – 5 pkt  do 40 dni – 0 pkt | | | pkt | |  | |
|  | | Karta gwarancyjna zabudowy przedziału medycznego | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Gwarancja na samochód bazowy – 24 miesiące-bez limitu km  Gwarancja na powłokę lakierniczą –24 miesięcy  Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące  Gwarancja na sprzęt medyczny – 24 miesiące  Gwarancja min. 60 miesięcy na perforację nadwozia ambulansu  od daty podpisania protokołu odbioru | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:   1. kartę pojazdu   b) wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego (po zabudowie)  c) instrukcję obsługi pojazdu  d) książkę obsługi (przeglądów) pojazdu bazowego  e) kartę gwarancyjną pojazdu | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Dostawa na koszt wykonawcy do siedziby zamawiającego | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Za okresowe przeglądy eksploatacyjne samochodu bazowego płaci Zamawiający.  Okresowe przeglądy w trakcie gwarancji na zabudowę ambulansu i wyposażenie w sprzęt medyczny po stronie wykonawcy | | | TAK  opisać | |  | |
|  | | Aktualne certyfikaty i/lub deklaracje potwierdzające spełnienie odpowiednich norm lub dyrektyw, uwzględniając w szczególności wymagania UE dla poszczególnych pozycji stanowiących wyposażenie ambulansu. – należy przesłać na wezwanie Zamawiającego | | | TAK | |  | |
|  | | Instrukcja obsługi, użytkowania oraz dezynfekcji w języku polskim przy dostawie (w formie wydrukowanej oraz elektronicznej) | | | TAK | |  | |
|  | | Szkolenie obsługowe personelu medycznego z zakresu obsługi i użytkowanie ambulansu oraz jego wyposażenia po uzgodnieniu terminu szkolenia z Zamawiającym. Szkolenie w trzech różnych terminach. | | | TAK | |  | |
|  | | Szkolenie personelu technicznego w zakresie bieżącej konserwacji, obsługi oraz podstawowych napraw wraz z wydaniem zaświadczenia o przebytym szkoleniu | | | TAK | |  | |
|  | | Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym na okres min. 10 lat. | | | TAK | |  | |

## UWAGA

Wypełniając powyższe tabele można je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

**Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań winny odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów w tabeli i przedmiotu zamówienia.**

**Niespełnienie choćby jednego z wymogów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia dotyczących przedmiotu zamówienia stawianych przez Zamawiającego w powyższych tabelach spowoduje odrzucenie oferty (*nie dotyczy parametrów ocenianych*).**

\*Zamawiający informuje, iż ilekroć w SWZ i jej załącznikach przedmiot zamówienia jest opisany:

1. ze wskazaniem znaków towarowych, nazw własnych, patentów lub pochodzenia źródła lub szczególnego procesu, który charakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego wykonawcę co prowadziłoby do uprzywilejowania lub wyeliminowania niektórych Wykonawców lub produktów, oznacza to, że Zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia wystarczająco precyzyjny i zrozumiały sposób i jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia. W takich sytuacjach ewentualne wskazania na znaki towarowe, patenty, pochodzenie, źródło lub szczególny proces, należy odczytywać z wyrazami „lub równoważne”
2. poprzez odniesienie się do norm, ocen technicznych, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 101 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 3 ustawy, to przyjmuje się, że dopuszcza się rozwiązania równoważne opisywanym, a wskazane powyżej odniesienia należy odczytywać z wyrazami „lub równoważne”.

Oznacza to, że dopuszcza się zaoferowanie wyrobów nie gorszych niż opisywanych, tj. spełniających wymagania techniczne, funkcjonalne i jakościowe, co najmniej takie jak wskazane w dokumentacji niniejszego postępowania.

Wykonawca winien udowodnić w ofercie, w szczególności za pomocą przedmiotowych środków dowodowych, o których mowa w art. 104–107, że proponowane rozwiązania w równoważnym stopniu spełniają wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia.

***Dokument należy podpisać podpisem: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym.***