*Załącznik nr 1*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr TP-27/24*

*Załącznik nr 1*

*do umowy nr TP-27/24*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów
z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

1. Informacje ogólne dotyczące przedmiotu zamówienia (*tabelę proszę powielić
wg potrzeb*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | marka  |  |
| 2. | model i typ |  |
| 3. | wersja |  |
| 4. | producent (nazwa/siedziba) |  |
| 5. | rok produkcji 2024 |  |

1. Parametry przedmiotu zamówienia wymagane bezwzględnie i podlegające ocenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **minimalne wymagane parametry, funkcje i warunki dostawy ambulansu drogowego typu A1 wraz z wyposażeniem** | **parametrywymagane** | **parametry oferowane***(kolumnę wypełnia WYKONAWCA)* |
| **I.** | **pojazd bazowy** |
| **nadwozie** |
| 1 | typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony | tak |  |
| 2 | przystosowany do przewozu min. 5 osób wraz z kierowcą:kabina kierowcy min. 2 osobowa w przedziale medycznym możliwość przewożenia 3 osób:* 1 osoby w pozycji siedzącej na fotelu na stałe zamontowanym,
* 1 osoby w pozycji siedzącej na fotelu kardiologicznym
* 1 osoby w pozycji leżącej
 | tak, proszę podać |  |
| 3 | pojazd fabrycznie nowy, nie używany do celów demonstracyjnych | tak, proszę podać |  |
| 4 | maksymalna długość całkowita pojazdu do 530 cm | tak, proszę podać |  |
| 5 | maksymalna wysokość pojazdu przed adaptacją 200 cm | tak, proszę podać |  |
| 6 | drzwi tylne przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 180 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł | tak, proszę podać kąt otwarcia drzwi |  |
| 7 | drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z szybą | tak |  |
| 8 | kolor nadwozia biały lub żółty RAL 1016 zgodnie z PN EN 1789 | tak, proszę podać kolor nadwozia |  |
| 9 | kabina kierowcy dwuosobowa fotel kierowcy:* podgrzewany,
* regulowany w min. trzech płaszczyznach,
* regulacja oparcia,
* podparcie lędźwiowe,
* podłokietniki .

fotel pasażera:* podgrzewany,
* regulowany w min. trzech płaszczyznach,
* regulacja oparcia,
* podłokietniki.
 | tak, proszę podać |  |
| **silnik i układ jezdny** |
| 1 | turbodiesel o pojemności min. 1950 cm³ | tak, proszę podać |  |
| 2 | spełniający wymagania normy Euro 6 | tak |  |
| 3 | system Ad Blue ze zbiornikiem o pojemności min 20 l | tak, proszę podać |  |
| 4 | moc silnika min. 125 KM, moment obrotowy min. 320 Nm. | tak, proszę podać |  |
| 5 | skrzynia biegów: manualna zmiana biegów(min. 6 przełożeń podać ilość biegów) + bieg wsteczny | tak, proszę podać |  |
| 6 | napęd na koła **przednie lub 4 x 4** | tak, proszę podać |  |
| 7 | fabryczny zbiornik paliwa o pojemności min. 75 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu, fabrycznytzn. montowany przez producenta samochodu bazowego | tak, proszę podać |  |
| 8 | z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania | tak |  |
| 9 | wspomaganie układu hamulcowego | tak |  |
| 10 | system wspomagania nagłego hamowania | tak |  |
| 11 | system elektronicznej stabilizacji toru jazdy **ESP lub równoważny** | tak, proszę podać |  |
| 12 | zawieszenie zapewniające stabilną, bezpiecznąi komfortową jazdę | tak |  |
| 13 | tempomat | tak |  |
| 14 | rozmiar felg min. 16 cali, opony letnie | tak, proszę podać |  |
| 15 | koło zapasowe pełnowymiarowe | tak |  |
| **wyposażenie pojazdu bazowego** |
| 1 | dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | tak |  |
| 2 | centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem | tak |  |
| 3 | sygnalizacja niedomkniętych drzwi z wizualizacją na desce rozdzielczej | tak |  |
| 4 | poduszka powietrzna kierowcy i pasażera | tak |  |
| 5 | elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy | tak |  |
| 6 | elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne | tak |  |
| 7 | radio typu Android Auto z wyświetlaczem min. 7 cali, nawigacja z możliwością zaimplementowania własnych map lub aktualizacja map fabrycznych | tak, proszę podać |  |
| 8 | fabryczne reflektory przednie ze światłami dziennymi typu LED, fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego | tak |  |
| 9 | światła przeciwmgielne przednie | tak |  |
| 10 | fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy min. półautomatyczna | tak, proszę podać |  |
| 11 | fabryczne czujniki cofania z sygnalizacją dźwiękową | tak |  |
| 12 | minimum jedno fabryczne gniazda (USB i 12 V ) w kabinie kierowcy | tak, proszę podać |  |
| 13 | kolumna kierownicy ze wspomaganiem , regulowana w dwóch płaszczyznach | tak |  |
| 14 | czujnik światła | tak |  |
| 15 | czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów | tak |  |
| 16 | drzwi przednie ze schowkami | tak |  |
| 17 | fabryczna kamera cofania | tak |  |
| **II.** | **modyfikacja na ambulans** |
| **przedział medyczny** |
| 1 | długość przedziału medycznego min. 230 cm (proszę podać długość przedziału medycznego w cm) | tak, proszę podać |  |
| 2 | szerokość przedziału medycznego min. 160 cm | tak, proszę podać szerokość przedziału medycznegow cm |  |
| 3 | wysokość przedziału medycznego min. 130 cm | tak, proszę podać wysokość przedziału medycznegow cm |  |
| 4 | wzmocniona podłoga technologiczna, aluminiowa o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian oraz umożliwiająca mocowanie podstawy pod nosze główne | tak, proszę podać |  |
| 5 | ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego typy ABS, łatwo zmywalne, w kolorze białym, izolowane termicznie i akustycznie | tak |  |
| 6 | na ścianie bocznej zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przedniekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów | tak |  |
| 7 | zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | tak |  |
| 8 | kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą bez możliwością przejścia do przedziału medycznego z otwieranym oknem | tak |  |
| 9 | przedział medyczny wyposażony w głośnik podłączony do radia | tak |  |
| 10 | na ścianie działowej miejsce mocowania plecaka medycznego | tak, proszę podać |  |
| 11 | kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:* informujący o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V
* sterujący oświetleniem i wentylacją przedziału medycznego
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania wybranej temperatury
 | tak |  |
| 12 | przedział medyczny wyposażony w panel sterujący:* sterujący oświetleniem i wentylacją przedziału medycznego,
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania wybranej temperatury
 | tak |  |
| 13 | jedno obrotowe o kąt min. 90 stopni miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, że składanym do pionu siedziskiem i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1, za fotelem miejsce na fotel kardiologiczny | tak |  |
| 14 | uchwyt ułatwiający wsiadanie zamontowany na ścianie działowej | tak |  |
| 15 | zapewnione miejsce montażu fotela kardiologicznego | tak |  |
| **podstawa pod nosze** |
| 1 | podstawa noszy głównych ze schowkiem na nosze podbierające, lub deskę ortopedyczną | tak, proszę podać |  |
| **rampa najazdowa dla fotela kardiologicznego** |
| 1 | pełna rampa najazdowa umożliwiająca bezpieczny wjazd i wyjazd fotelem kardiologicznym do przedziału medycznego ( drzwi tylne ) przez jedną osobę | tak |  |
| **instalacja elektryczna** |
| 1 | grzałka w układzie chłodzenia, działająca po podłączeniu pojazdu do sieci zewnętrznej 230 V | tak |  |
| 2 | dwa akumulatory pojemność pojedynczego akumulatora min 80 Ah - jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego – połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V – widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeżeniem o nie doładowaniu któregokolwiek | tak, proszę podać pojemność akumulatorów |  |
| 3 | zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym. Układ automatycznej ładowarki sterowanej procesem zapewniającym zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów-widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju za pomocą panelu sterującego | tak |  |
| 4 | gniazda zasilające 230 V ( min 2 ) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych zabezpieczone przed zabrudzeniem | tak, proszę podać ilość gniazd |  |
| 5 | gniazda zasilające 12 V ( min 3 ) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych zabezpieczone przed zabrudzeniem | tak, proszę podać ilość gniazd |  |
| **ogrzewanie i wentylacja** |
| 1 | nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik | tak |  |
| 2 | ogrzewanie postojowe przedziału medycznego – grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230 V z termostatem o mocy min. 1,8 kW | tak, proszę podać |  |
| 3 | mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę | tak, proszę podać wydajność w m³ / godzinę |  |
| 4 | klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego | tak |  |
| **oświetlenie** |
| 1 | światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu | tak |  |
| 2 | reflektory LED do oświetlenia obszaru z tylnej strony pojazdu | tak |  |
| 3 | światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego | tak |  |
| 4 | włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy)po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego | tak |  |
| 5 | oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem | tak |  |
| 6 | lampka typu kokpit zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera | tak |  |
| **sygnalizacja uprzywilejowana** |
| 1 | * belka świetlna typu LED koloru niebieskiego z napisem podświetlanym ,, AMBULANS” zamontowana w przedniej części dachu pojazdu,
* głośnik o mocy min. 150W wydający sygnał dźwiękowy modulowany z możliwością podawania komunikatów głosem, zamontowany w komorze silnika.
 | tak, proszę podać |  |
| 2 | pojedyncza lampa typu kogut zamontowana w tylnej części dachu | tak |  |
| 3 | dwie niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego | tak |  |
| 4 | możliwość włączania sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej za pomocą jednego przycisku w kabinie kierowcy | tak |  |
| **oklejenie i oznakowanie** |
| 1 | pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikro pryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim | tak |  |
| 2 | napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu | tak |  |
| 3 | logotyp/nazwa Zamawiającego (po uzgodnieniu z Zamawiającym) | tak |  |
| 4 | okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą | tak |  |
| 5 | przyciemnione szyby w przedziale medycznym | tak |  |
| **instalacja tlenowa** |
| 1 | miejsce na min. jedną butlę tlenową 10 l– bez butli | tak, proszę podać |  |
| 2 | min. jeden punkt poboru typu AGA w ścianie lewej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej | tak, proszę podać |  |
| 3 | uchwyt małej butli tlenowej min 2 l w zabudowie medycznej | tak |  |
| **sprzęt medyczny – mocowania** |
| 1 | na ścianie lewej – zabudowa zgodna z normą PN EN 1789 dla ambulansu typu A1 | tak |  |
| **dodatkowe wyposażenie Ambulansu** |
| 1 | dodatkowa gaśnica zamontowana w przedziale medycznym | tak |  |
| 2 | urządzenie do wybijania szyb zintegrowane z nożem do przecinania pasów bezpieczeństwa zamontowane w przedziale medycznym | tak |  |
| 4 | wysuwany dodatkowy stopień ułatwiający wchodzenie i wychodzenie z przedziału medycznego od strony drzwi bocznych przesuwnych | tak |  |
| **nosze główne rozłączne** |
| 1 | Marka, model | tak, proszę podać |  |
| 2 | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | tak |  |
| 3 | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha | tak |  |
| 4 | z możliwością regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 85 stopni | tak, proszę podać |  |
| 5 | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy | tak |  |
| 6 | nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | tak |  |
| 7 | z poręczami bocznymi składanymi wzdłuż osi długiej noszy | tak |  |
| 8 | wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy | tak |  |
| 9 | nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzezzabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi | tak |  |
| 10 | z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych | tak |  |
| 11 | obciążenie dopuszczalne noszy min. 250 kg | tak, proszę podać obciążenie dopuszczalne w kg |  |
| 12 | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 | tak, proszę podać wagę noszy w kg |  |
| 13 | system niezależnego składania 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 |  |
| 14 | regulacja wysokości w min. 3 poziomach | tak, proszę podać |  |
| 15 | wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 200 mm, wszystkie koła skrętne w zakresie 360 stopni umożliwiające jazdę na wprost oraz prowadzenie bokiem z możliwością blokady kierunku do jazdy na wprost, min. 2 koła wyposażone w hamulce | tak, proszę podać |  |
| 16 | możliwość zablokowania podwozia w pozycji złożonej | tak |  |
| 17 | obciążenie dopuszczalne transportera min. 250 kg | tak, proszę podać obciążenie dopuszczalne w kg |  |
| 18 | waga oferowanego transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 | tak, proszę podać wagę noszy w kg |  |
| **fotel kardiologiczny** |
| 1 | marka, model | tak, proszę podać |  |
| 2 | wykonany z aluminium, dodatkowo malowany ochronną farbą proszkową | tak |  |
| 3 | wysuwane uchwyty przednie | tak |  |
| 4 | składane uchwyty tylne | tak |  |
| 5 | składane podłokietniki | tak |  |
| 6 | czteropunktowy pas bezpieczeństwa | tak |  |
| 7 | 4 koła w tym 2 skrętne, tylne (z hamulcem) | tak |  |
| 8 | składane podparcie stóp | tak |  |
| 9 | fotel kardiologiczny zgodny z PN EN 1789 – dedykowane mocowanie podłogowe | tak |  |
| 10 | waga: max. 18 kg | tak, proszę podać |  |
| 11 | minimalny udźwig: 210 kg | tak, proszę podać |  |
| **Warunki serwisu i gwarancji** |
| 1 | gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy bez limitu kilometrów | proszę podać, podany parametr powinien być zgodny z wielkością podaną w formularzu ofertowym – parametr oceniany, jako kryterium nr 2 |  |
| 2 | gwarancja na powłokę lakierniczą - min. 24 miesiące | tak, proszę podać |  |
| 3 | gwarancja na perforację nadwozia - min. 60 miesięcy | tak, proszę podać |  |
| 4 | gwarancja na zabudowę medyczną i wyposażenie medyczne - min. 24 miesiące | tak, proszę podać |  |
| 5 | serwis pojazdu bazowego w okresie gwarancji realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu | tak, proszę podać |  |
| 6 | serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji realizowany w siedzibie zamawiającego. | tak |  |
| 7 | gwarantowany czas reakcji serwisu zabudowy sanitarnej ambulansu na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu max. 72 godzin od jej zgłoszenia | tak, proszę podać |  |

**UWAGA :**

Dopuszcza się składanie ofert na ambulans o równoważnych i lepszych parametrach.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |