**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

|  |
| --- |
| **Ambulans typu C – 1 sztuka rok produkcji 2021 lub 2022**  **Pojazd bazowy : Marka ………………………….………. Typ ………………………….… Oznaczenie handlowe ……………….…..…… Rok produkcji ……………**  **Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:..........................................................................................................................................................................................................................................**  **Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):……………………………………………………………………………………………………………………………..**  **Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka ………………….………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ……………….……….…**  **Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:................................................................................................................................................................................................................................**  **Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać):…………………………………………………………………………………………………………………..…………** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | **TAK/NIE\***  **podać** | | **Parametry oferowane\*** |
| **A. WYMAGANIA DOTYCZĄCE POJAZDU BAZOWEGO DLA AMBULANSU RATUNKOWEGO TYPU C** | | | | |
| **1. NADWOZIE** | | | | |
| 1. Typu furgon zamknięty, o dmc max 3,5 t, częściowo przeszklony – z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu medycznego, w kolorze żółtym - fabrycznym (RAL 1016) – zgodnym z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia, zapewniające po adaptacji na ambulans możliwość przewożenia min. 4 osób (wraz z kierowcą) oraz 1 osoby na noszach. | |  | |  |
| 2. Drzwi tyłu nadwozia przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierające się pod kątem min. 250O, wyposażone dodatkowo w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł. | |  | |  |
| 3. Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieranym oknem oraz ze stopniem zewnętrznym automatycznie chowanym przy zamykaniu drzwi (Zamawiający nie dopuszcza stopnia wsuwanego do kasety ze względu na częste zacinanie się tego typu stopni – podać oferowane rozwiązanie). Możliwość ręcznego włączania i wyłączania działania stopnia przyciskiem znajdującym się przy drzwiach przesuwnych (dopuszcza się by stopień zewnętrzny był elementem adaptacji pojazdu bazowego na ambulans). | |  | |  |
| 4. Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu. | |  | |  |
| 5. Stopień tylny stanowiący jednocześnie zderzak ochronny o powierzchni antypoślizgowej. | |  | |  |
| 6. Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu (dopuszcza się by autoalarm elementem adaptacji pojazdu bazowego na ambulans). | |  | |  |
| **II. SILNIK** | | | | |
| 1. Wysokoprężny (turbo-diesel) z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa (Common Rail) o max. zużyciu paliwa poniżej 20l. | |  | |  |
| 2. Moc silnika minimum 120 kW, moment obrotowy minimum 380 Nm, zapewniający przyśpieszenie pozwalające na sprawną jazdę w ruchu miejskim. | |  | |  |
| 3. Urządzenie do podgrzewania silnika, ułatwiające rozruch silnika w warunkach zimowych. | |  | |  |
| 4. Silnik musi spełniać normę EURO 6 lub EURO VI. | |  | |  |
| **III. ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | | | | |
| 1. Skrzynia biegów manualna. | |  | |  |
| 1. Napęd na jedną oś. | |  | |  |
| 1. System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania. | |  | |  |
| 1. System elektronicznej stabilizacji toru jazdy. | |  | |  |
| 1. Rozrząd w formie łańcucha - opcja niewymagana, punktowana (5 pkt). | |  | |  |
| **IV. ZAWIESZENIE** | | | | |
| 1. Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni jezdni, stabilność i dobrą manewrowość w trudnym terenie umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów. | |  | |  |
| **V. KOŁA** | | | | |
| 1. Obręcze stalowe min 16 cali. | |  | |  |
| 2. 5 kół z oponami letnimi (w tym zapas) | |  | |  |
| **VI. UKŁAD HAMULCOWY** | | | | |
| 1. Hamulce tarczowe obu osi pojazdu we wszystkich kołach. | |  | |  |
| 2. Korektor siły hamowania w zależności od obciążenia. | |  | |  |
| 3. Układ zapobiegający blokowaniu kół podczas hamowania. | |  | |  |
| 4. Elektroniczny system podziału siły hamowania. | |  | |  |
| 5. Układ hamulcowy z systemem wspomagania nagłego hamowania. | |  | |  |
| 6. Aktywny system wspomagania nagłego hamowania (system hamujący w przypadku spóźnionej reakcji kierowcy) - opcja niewymagana, punktowana (3 pkt). | |  | |  |
| **VII. UKŁAD KIEROWNICZY** | | | | |
| 1. Wspomaganie układu kierowniczego. | |  | |  |
| 2. Kolumna kierownicy regulowana. | |  | |  |
| **VIII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | |
| 1. Wzmocniony alternator o wydajności min. 180 A. | |  | |  |
| 2. Zespół dwóch akumulatorów o odpowiednio dużej pojemności do zasilania wszystkich odbiorników prądu, o łącznej pojemności nie mniejszej niż 180 Ah (dopuszcza się by drugi akumulator był elementem adaptacji pojazdu bazowego na ambulans). | |  | |  |
| **IX. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | |
| 1. Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | |  | |  |
| 2. Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 L (zbiornik 80 litrów i więcej jest opcją punktowaną – 5 pkt). | |  | |  |
| 3. Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (czołowe i boczne). | |  | |  |
| 4. Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | |  | |  |
| 5. Odbiornik radiowy zabudowany w desce rozdzielczej pojazdu z funkcją zestawu głośnomówiącego do telefonu komórkowego ze sterowaniem przy kierownicy (zaoferowanie rozwiązania fabrycznego producenta pojazdu bazowego jest opcją punktowaną – 2 pkt). | |  | |  |
| 6. Kamera cofania (zaoferowanie rozwiązania fabrycznego producenta pojazdu bazowego jest opcją punktowaną – 3 pkt). | |  | |  |
| 7. Czujnik światła i deszczu. | |  | |  |
| 8. Lusterka zewnętrzne, elektrycznie podgrzewane i regulowane z wbudowanymi kierunkowskazami. | |  | |  |
| 9. Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy (klimatyzacja automatyczna jest opcją punktowaną – 2 pkt.). | |  | |  |
| 10. Reflektory przeciwmgłowe przednie. | |  | |  |
| 11. Trójkąt szt. 2, gaśnica szt. 2, lewarek, apteczka, komplet dywaników gumowych. | |  | |  |
| 12. Fotel kierowcy regulowany w min. 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem. | |  | |  |
| 13. Fotele w kabinie kierowcy z fabrycznym systemem podgrzewania (opcja niewymagana, punktowana – 2 pkt). | |  | |  |
| 14. Fabryczny system monitorowania martwego pola pojazdu (opcja niewymagana, punktowana – 3 pkt). | |  | |  |
| **B. WYMAGANIA W ZAKRESIE ADAPTACJI NA AMBULANS RATUNKOWY TYPU C** | | | | |
| **I. NADWOZIE** | | | | |
| 1.Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3000 x 1700 x 1800. | |  | |  |
| 2.Po adaptacji pojazd przystosowany do przewozu min 4 osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej + jedna osoba w pozycji leżącej na noszach. | |  | |  |
| 3.Drzwi tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | |  | |  |
| 4. Ściany boczne przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania sprzętu medycznego oraz zabudowy meblowej (szyna mocująca sprzęt medyczny o długości od 140 cm do 150 cm na ścianie lewej przedziału medycznego). | |  | |  |
| 5.Zewnętrzny 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, deski ortopedycznej dla dorosłych, plecaka lub torby medycznej. | |  | |  |
| **II. OGRZEWANIE, WENTYLACJA I KLIMATYZACJA** | | | | |
| 1.Ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik – nagrzewnica w przedziale medycznym. | |  | |  |
| 2.Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 2.0 kW zasilany z sieci 230 V. | |  | |  |
| 3.Ogrzewanie niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,5 kW tzw. powietrzne (proszę podać markę i model urządzenia). | |  | |  |
| 4.Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju (proszę podać markę i model urządzenia). | |  | |  |
| 5.Rozbudowa fabrycznej klimatyzacji kabiny kierowcy na przedział medycznego (klimatyzacja dwuparownikowa) | |  | |  |
| 6. Szyberdach otwierany z funkcją wyjścia ewakuacyjnego. | |  | |  |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | |
| 1. Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:    1. minimum 4 gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz pojazdu (gniazdo zewnętrzne z przewodem zasilającym o długości min. 10,0 m,    2. zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V,    3. wyłącznik przeciwporażeniowy,    4. układ prostowniczy służący do ładowania akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V,    5. grzałka w bloku (układzie chłodzenia silnika zasilana z sieci 230V)    6. wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu do sieci 230 V. | |  | |  |
| 1. Instalacja dla napięcia 12V i oświetlenie przedziału medycznego musi posiadać:    1. co najmniej 5 gniazd 12V zabezpieczone przed zabrudzeniem / zalaniem wyposażone we wtyki poboru prądu umiejscowione na lewej ścianie,    2. oświetlenie rozproszone typu LED,    3. minimum 2 punkty oświetlenia skupionego z regulacją kąta umieszczone nad noszami,    4. oświetlenie skupione blatu roboczego – minimum 1 punkt,    5. bezpieczniki zabezpieczające odbiorniki w przedziale medycznym. | |  | |  |
| 3.Oświetlenie specjalne: Reflektory zewnętrzne z czterech stron pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory typu LED. Reflektory wyłączające się po ruszeniu samochodu i osiągnięciu prędkości 15 km/h. | |  | |  |
| 1. Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:    * informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych,    * informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V,    * sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych),    * informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego. | |  | |  |
| 1. Przetwornica 12V/230V o mocy min. 1000W jako element adaptacji na ambulans. Przetwornica ma zapewniać napięcie w gniazdkach przedziału medycznego przy włączonym silniku pojazdu. | |  | |  |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | | |
| 1. W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED zintegrowana z dachem ambulansu, podać markę i model. | |  | |  |
| 2.W pasie przednim zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100W z możliwością podawania komunikatów głosem, podać markę i model głośnika. | |  | |  |
| 3.Na wysokości podszybia lub w pasie przednim niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED (w sumie 4 szt.). | |  | |  |
| 4. Lusterka zewnętrzne wyposażone w lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED (w sumie 2 szt.). | |  | |  |
| 1. 5. Dodatkowe lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED na błotnikach przednich, tylnych oraz słupkach tylnych. | |  | |  |
| 6.W tylnej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED zintegrowana z dachem ambulansu, podać markę i model. | |  | |  |
| 7.Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy - z sygnalizacją załączenia. | |  | |  |
| 8.Lampy pulsacyjne w kolorze żółtym zamontowane w szkielecie drzwi tylnych z cyklem pulsowania jak światła awaryjne po otwarciu drzwi tylnych. | |  | |  |
| 9.Dodatkowe żółte migacze zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia. Dopuszcza się, żeby migacze były elementami belki świetlnej zintegrowanej z dachem | |  | |  |
| 10.Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej (działające niezależnie od sygnalizacji podstawowej) – podać markę i model. | |  | |  |
| 11. Oznakowanie pojazdu zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 17.12.2019 r:  a) wzór graficzny systemu z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm;  b) nadruk lustrzany "AMBULANS" barwy czerwonej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;  c) po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej (do uzgodnienia z Zamawiającym) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm;  d) 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia wykonane z folii:  - typu 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolami,  - typu 1 lub3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm umieszczony wokół dachu,  - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pierwszym tirecie);  Logo Zamawiającego po bokach, nr boczny oraz napisy ISO 9001:2015-10 oraz ISO/IEC 27001:2017-06 (w uzgodnieniu z Zamawiającym – projekt). | |  | |  |
| **V. WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** | | | | |
| 1. Antena radiotelefonu zamontowana na dachu pojazdu spełniająca następujące wymogi:  -    zakres częstotliwości 160-169 MHz,  -    impedancję wejścia 50Ohm,  -    współczynnik fali stojącej do 1,6,  -    polaryzację pionową,  -    charakterystykę promieniowania - dookolna,  - odporność na działanie wiatru 55m/s. | |  | |  |
| 2. Montaż radiotelefonu przewoźnego analogowo-cyfrowego  model: Motorola DM4601 dostarczonego przez wykonawcę  -   zasilanie 12 do 14,5 V (z uziemionym minusem),  - zasilanie radiotelefonu z układu elektrycznego silnika samochodu. | |  | |  |
| 3.Montaż Radiotelefonu przenośnego analogowo – cyfrowego model: Motorola DP4600e z ładowarką dostarczona przez wykonawcę;   1. - trwałe zamocowanie ładowarki radiotelefonu w kabinie kierowcy zabezpieczające przed wilgocią pochodzącą z błota i śniegu. Ładowarka samochodowa dedykowana do radiotelefonu dostarczona przez wykonawcę. | |  | |  |
| 4. Instalacja elektryczno-logiczna pod system SWD PRM Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz z adapterami oraz uchwytami do zamocowania tabletu oraz drukarki pod system SWD PRM.  W kabinie kierowcy, zamontowana stacja dokująca ADK07F do tabletu Twinhead Durabook R11AH z zasilaczem (adapter do mocowania stacji dokującej, zasilacz po stronie wykonawcy) (stację dokującą dostarcza Zamawiający). Stacja dokująca zamontowana w sposób zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera w miejscu łatwo dostępnym, nieutrudniającym korzystania z przełączników zamontowanych na desce rozdzielczej, nie utrudniającym widoczności kierowcy przez szybę przednią, nie kolidującym z poduszkami powietrznymi. Montaż stacji dokującej umożliwiający przejście kierownika ZRM do przedziału medycznego ambulansu.  W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowany uchwyt do drukarki HP Officejet 100 wraz z zasilaczem (podstawę pod drukarkę, zasilacz do drukarki jak i uchwyt drukarki dostarcza wykonawca). Drukarka zamontowana w sposób umożliwiający jej łatwy demontaż oraz nie utrudniająca pracy na blacie roboczym. Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do tabletu) zakończona wtykami kątowymi SMA zlokalizowanymi przy stacji dokującej. Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do modułu FM 6300) zakończona wtykami prostymi zgodnymi z dedykowanym modułem FM6300 zlokalizowanym w miejscu montażu modułu teltoniki. Przygotowanie instalacji pozwalającej na łatwe wpinanie/wypinanie modułu teltonika (instalacja elektryczno-antenowa). Podłączanie modułu teltonika FM6300 zgodne w wymogami systemu SWDPRM. Dodatkowo również możliwość zamiennego wpięcia modułu Teltoniki FM3300 (wyposażenie w dodatkowe wtyki zasilające dedykowane do modelu teltoniki FM3300 oraz dodatkowe adaptery antenowe dedykowane do modułu Teltonika FM3300) Stacja dokująca połączona z drukarką za pomocą przewodu USB. Kabel USB łączący tablet z drukarką z zapasem co najmniej 30 cm z każdej strony. (Tablet, drukarka i moduł teltoniki po stronie Zamawiającego) Dodatkowe gniazdo 12 V do drukarki na ścianie działowej posiadającej stałe napięcie zasilania (poziom 12-14 V) z zabezpieczeniem 8 A podłączone do akumulatora pokładowego samochodu. | |  | |  |
| **VI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | | | |
| 1. Urządzenia powinny być zamontowane w sposób bezpieczny, uniemożliwiający ich uszkodzenie lub zranienie osób w poruszającym się pojeździe. | |  | |  |
| 2. Przedział medyczny oddzielony od przedziału kierowcy ścianą wzmocnioną, umożliwiającą komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, z możliwością przejścia z jednego przedziału do drugiego (drzwi otwierane tj. przesuwane mechanicznie, z możliwością oddzielenia optycznego obu przedziałów (np. roletką). | |  | |  |
| 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 – podać zakres regulacji). | |  | |  |
| 4. Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy w zakresie min. 180 stopni tj. umożliwiający jazdę tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym),bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia – podać zakres regulacji). | |  | |  |
| 5.Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie noszy głównych, pokryta wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalna, połączona szczelnie z pokryciem boków uniemożliwiająca przeciekanie cieczy przy myciu wnętrza pojazdu. | |  | |  |
| 1. 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. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa,    * półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 3 szt.).    * na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym. | |  | |  |
| 1. Zabudowa meblowa na ścianie działowej:    * szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną (blat roboczy na wysokości 100 cm ± 10 cm) oraz z szufladami (min. 2 szt.)    * kosz na śmieci, miejsce na plecak medyczny. | |  | |  |
| 1. Ściany i sufit pokryte materiałami antystatycznymi, niepalnymi, nietoksycznymi i łatwo zmywalnymi bez ostrych krawędzi w kolorze białym. | |  | |  |
| 1. Izolacja dźwiękowo-termiczna przedziału medycznego (ściany, sufit, drzwi). | |  | |  |
| 10. Okna przedziału medycznego zmatowione do 2/3 wysokości, co najmniej jedno otwierane. | |  | |  |
| 1. Centralna instalacja tlenowa:    * bez butli    * z dwoma reduktorami do butli tlenowych 10l    * z przepływomierzem typ AGA z regulacja przepływu do min. 15 l/min    * panel tlenowy z podwójnym gniazdem typu AGA zamontowany na ścianie lewej    * panel tlenowy z pojedynczym gniazdem typu AGA zamontowany w suficie na wysokości głowy pacjenta. | |  | | . |
| 12. Uchwyt (schowek) mocujący min. 3 szt. pudełek na rękawiczki jednorazowe. | |  | |  |
| 13. Sufitowy uchwyt do płynów infuzyjnych – min. 3 szt. o minimalnym udźwigu 5 kg. | |  | |  |
| 14. Na ścianie lewej szyny w wraz z 4 panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego.  Uwaga – Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. | |  | |  |
| 15.Sufitowy uchwyt dla personelu o dług. min. 1m umieszczony w osi podłużnej przedziału medycznego. | |  | |  |
| 16.Miejsce mocowania ruchomej podstawy (lawety) pod nosze główne posiadającej przesuw boczny, możliwość pochyłu o 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu . Wykonawca dokona bezpłatnego montażu podstawy. | |  | |  |
| 17. Przedział medyczny ma być wyposażony w zamontowany na prawej ścianie panel sterujący:   * + 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. | |  | |  |
| 18. Uchwyt ścienny do ambulansu zgodny z normą PN EN 1789 (lub równoważną) z funkcją automatycznego podłączenia napięcia zasilającego ssak z 12V i ładowania akumulatora po wpięciu ssaka do uchwytu. | |  | |  |
| 1. Zamawiający wymaga, aby przed przystąpieniem do wykonania zabudowy medycznej Wykonawca skontaktował się z upoważnionym przedstawicielem Zamawiającego celem uzgodnienia rozmieszczenia poszczególnych elementów zabudowy. | |  | |  |
| **VII. Wyposażenie dodatkowe** | | | | |
| 1.Stacjonarny system ogrzewania płynów infuzyjnych z termostatem. | |  | |  |
| 2.Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | |  | |  |
| **D. DODATKOWE INFORMACJE** | | | | |
| 1. W ramach ceny oferty i w terminie dostawy – szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi i użytkowania, potwierdzone protokołem. | |  | |  |
| 2. Gwarancja mechaniczna ambulansu: min. 24 miesiące na ambulans od daty podpisania protokołu odbioru ambulansu, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. | |  | |  |
| 3. Gwarancja na perforację blach nadwozia oraz powłoki lakierniczej zgodnie z gwarancją producenta, okres liczony od daty dostarczenia pojazdu Zamawiającemu. | |  | |  |
| 1. 4. Gwarancję na zabudowę medyczną – minimum 24 miesiące, okres liczony od daty dostarczenia pojazdu Zamawiającemu. | |  | |  |
| 5. Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | |  | |  |
| 6. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | |  | |  |
| **WYPOSAŻENIE AMBULANSU** | | | | | |
| **SPRZĘT MEDYCZNY**  (ma spełniać wymogi aktualnej normy PN EN 1789, PN-EN 1865-1,  PN EN 1865-5  lub normy równoważnej) | | **PARAMETR WYMAGANY**  Tak/Nie | | **PARAMETRY OFEROWANE**  (podać) | |
| **NOSZE GŁÓWNE – 1 szt.**  **Producent: ..........................................................................................................................................................................................................................................**  **Nazwa i typ (model): ..........................................................................................................................................................................................................................** | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022 | |  | |  | |
| Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją; | |  | |  | |
| Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | |  | |  | |
| Przystosowane do prowadzenia reanimacji. | |  | |  | |
| Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni; | |  | |  | |
| Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej i ułożenia na wznak; | |  | |  | |
| Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta, o regulowanej długości, mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | |  | |  | |
| Wyposażone w cienki nie sprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące; | |  | |  | |
| Ze składanymi poręczami bocznymi na boki lub wzdłuż; | |  | |  | |
| Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia, umieszczonymi z przodu i z tyłu noszy; | |  | |  | |
| Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; | |  | |  | |
| Waga noszy max 25 kg zgodna z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 (lub równoważnej); | |  | |  | |
| Trwałe oznakowanie, najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy; | |  | |  | |
| Obciążenie dopuszczalne noszy min 230 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg); | |  | |  | |
| **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH – 1 szt.**  **Producent: ............................................................................................................................................................................................................................................**  **Nazwa i typ (model): ............................................................................................................................................................................................................................** | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022 | |  | |  | |
| 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. | |  | |  | |
| Szybki i łatwy system połączenia z noszami. | |  | |  | |
| Regulacja wysokości w min sześciu poziomach. | |  | |  | |
| Możliwość zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | |  | |  | |
| Odbojniki na goleniach. | |  | |  | |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia. | |  | |  | |
| Wszystkie 4 kółka jezdne skrętne w zakresie 360 stopni, o średnicy powyżej 150 mm i szerokości min. 45 mm, umożliwiające prowadzenia noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach i na otwartych przestrzeniach.  Podać średnicę kółek w mm, co najmniej 2 koła tylne wyposażone w hamulce. | |  | |  | |
| Obciążenie dopuszczalne transportera minimum 250 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg). | |  | |  | |
| Waga zestawu transportowego max. 51 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1(lub równoważnej). | |  | |  | |
| Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami aktualnej normy PN EN 1789+A2:2015 (lub równoważnej). | |  | |  | |
| Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficzne elementy związane z jego obsługą. | |  | |  | |
| Transporter wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | |  | |  | |
| System automatycznego składania goleni przednich i tylnych transportera w trakcie załadunku do ambulansu bez konieczności zwalniania jakichkolwiek dźwigni czy przycisków pozwalający na załadunek noszy wraz z transporterem bez konieczności jego dźwigania – opcja niewymagana, punktowana (5 pkt). | |  | |  | |
| Okres gwarancji 24 miesiące. | |  | |  | |
| Certyfikat lub deklaracja zgodności z aktualnymi normami PN EN 1789+A2 ( lub równoważnej) oraz PN EN 1865-1 ( lub równoważnej) na oferowany zestaw transportowy potwierdzający pełną zgodność z wymaganymi normami (nosze i transporter oraz mocowanie ). | |  | |  | |
| **PODSTAWA POD NOSZE (LAWETA) – 1 szt.**  **Producent: ..............................................................................................................................................................................................................................................**  **Nazwa i typ (model): ..............................................................................................................................................................................................................................** | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022 | |  | |  | |
| Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz i pochyłem umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga i antyTrendelenburga (o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu. Zamawiający wymaga, aby zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety na zewnątrz nie odbywało się za pomocą linki. Wykonawca dokona bezpłatnie montażu noszy na podstawie. | |  | |  | |
| **Defibrylator/monitor przenośny – 1 szt.**  **Producent: ................................................................................................................................................................................................................................................**  **Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................** | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Defibrylator przenośny dla dorosłych i dla dzieci o wadze kompletnego defibrylatora gotowego do pracy do maksymalnie 8 kg. | |  | |  | |
| Aparat odporny na kurz i zalanie wodą – min klasa IP 44. | |  | |  | |
| Czas pracy na akumulatorze: minimum 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią. | |  | |  | |
| Zasilanie defibrylatora poprzez uchwyt karetkowy podłączony do instalacji 12V ambulansu zapewniający możliwość ładowania akumulatora/ów w aparacie oraz zasilanie defibrylatora. Dopuszcza się zewnętrzną ładowarkę do ładowania akumulatorów montowaną w przedziale medycznym wyposażoną w uchwyt do bezpiecznego transportu w ambulansie zgodny z aktualna normą PN EN 1789 ( lub równoważnej). | |  | |  | |
| Akumulator litowo-jonowy lub równoważny, ze zminimalizowanym efektem pamięci, czas ładowania do maksymalnie 4,5 godzin. | |  | |  | |
| Defibrylacja dwufazowa w trybie ręcznym i automatycznym, regulacja energii w zakresie min. 2-200 J, dostępne min. 20 poziomów energii zew., gotowość do defibrylacji max energią do 7 s., możliwość wykonania kardiowersji, z możliwością rozbudowy o łyżki do defibrylacji zewnętrznej dla dorosłych i dla dzieci. | |  | |  | |
| Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6,5 ‘.  Możliwość wyświetlania minimum 4 krzywych dynamicznych jednocześnie. | |  | |  | |
| Wyświetlanie na ekranie oraz wydruk pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych. | |  | |  | |
| Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości 80 mm ± 5 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | |  | |  | |
| Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń i min. 30 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | |  | |  | |
| Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i możliwością transmisji danych poprzez sieć GSM. | |  | |  | |
| Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300/min. | |  | |  | |
| Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 2,0 cm/mV. | |  | |  | |
| Z funkcją stymulacji zewnętrznej. Częstotliwość stymulacji zewnętrznej regulowana w zakresie min. 40-180 imp/min, prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 10-140 mA. | |  | |  | |
| Z możliwością pomiar SpO2 w technologii Rainbow Masimo SET. | |  | |  | |
| Zakres pomiaru SpO2 w zakresie minimum 10-100% i HR w zakresie minimum 30-230/min. | |  | |  | |
| Z możliwością pomiar NIBP – w komplecie po 1 mankiecie do pomiaru, z systemem FlexiPort posiadanym przez Zamawiającego, w rozmiarach 9, 10, 11 i 12. | |  | |  | |
| Funkcja wspomagania resuscytacji krążeniowo- oddechowej z informacją zwrotną o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej – sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć klatki piersiowej. | |  | |  | |
| Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną przez wytyczne ERC częstością. | |  | |  | |
| Funkcja wyświetlania na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej oraz z prezentacją graficzną wykresu głębokości uciśnięć klatki – opcja niewymagana, punktowana (3 pkt). | |  | |  | |
| Z funkcją umożliwiającą prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej – opcja niewymagana, punktowana (4 pkt). | |  | |  | |
| Z funkcją pomiaru etCO2 i wyświetlania krzywej kapnograficznej. Zakres pomiaru 0 – 150 mmHg. Dokładność pomiaru etCO2 w zakresie 0 – 38: ± 2 mmHg, 39 – 150: ± 5% + .08% mmHg > 38. Minimalny zakres pomiaru respiracji: 0 – 140 oddechów na minutę. Typowy czas odpowiedzi: maksymalnie 3 sek. | |  | |  | |
| Komunikacja bezprzewodowa. | |  | |  | |
| Transmisja 12 odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów poprzez posiadane przez Zamawiającego smartfony z funkcją routera – bezkosztowa po stronie nadawcy i odbiorcy przez cały okres użytkowania defibrylatora. Transmisja pozwalająca na odbiór we wskazanych przez Zamawiającego miejscach wyposażonych w komputer z dostępem do Internetu. | |  | |  | |
| Kabel EKG 12 odprowadzeniowe, 1 szt. w komplecie. | |  | |  | |
| Kabel wielofunkcyjny w komplecie. | |  | |  | |
| Czujnik SpO2 – w formie klipsa palcowego, wielorazowego dla dorosłych oraz osobny dla dzieci. | |  | |  | |
| Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do ambulansu  z funkcją ładowania akumulatora i zasilania defibrylatora po wpięciu aparatu do uchwytu, uchwyt ma być zgodny z normą PN EN 1789 ( lub równoważną). | |  | |  | |
| Okres gwarancji: minimum 24 miesiące. | |  | |  | |
| **RESPIRATOR TRANSPORTOWY – 2 szt.**  **Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................**  **Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................** | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami aktualnej normy PN-EN 794-3 (lub równoważnej). | |  | |  | |
| Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła np. zasilanie pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów pod warunkiem iż brak jego zasilania nie ma wpływu na pracę zasadniczą respiratora). | |  | |  | |
| Respirator o wadze mniejszej niż 4 kg – opcja niewymagana, punktowana (3 pkt). | |  | |  | |
| Tryb wentylacji IPPV lub CMV. | |  | |  | |
| Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej. | |  | |  | |
| Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej. | |  | |  | |
| Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej. | |  | |  | |
| Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci  - częstość oddechowa regulowana w zakresie min. 8-40 cykli/min  - objętość oddechowa regulowana w zakresie min. 70-1500 ml. | |  | |  | |
| Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta). | |  | |  | |
| Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym. | |  | |  | |
| Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O. | |  | |  | |
| Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cmH2O. | |  | |  | |
| Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max. 15cmH2O. | |  | |  | |
| Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu. | |  | |  | |
| Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O. | |  | |  | |
| Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator. | |  | |  | |
| Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | |  | |  | |
| Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):  - wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu  - niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)  - stałego ciśnienia w układzie pacjenta  - niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | |  | |  | |
| układ oddechowy pacjenta – min 5 szt. + min 6 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u. | |  | |  | |
| Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 + A 2 ( lub równoważnej). | |  | |  | |
| Dodatkowy zestaw ciśnieniowy do manualnej wentylacji noworodków. | |  | |  | |
| Przenośny zestaw tlenowy:  torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu  i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy, butla tlenowa aluminiowa o poj 2,7 l z reduktorem ciśnienia z manometrem i z przepływomierzem. | |  | |  | |
| NOSZE PODBIERAJĄCE – 1 szt.  Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................  Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Wyposażone w komplet minimum 3 pasów zabezpieczających. | |  | |  | |
| Łopaty noszy wykonane z tworzywa sztucznego lub aluminium, zabezpieczone przed wnikaniem krwi, płynów ustrojowych. | |  | |  | |
| Wyposażone w zamki spinające łopaty z podwójną zapadką o konstrukcji zabezpieczającej przed niekontrolowanym rozpięciem łopat. | |  | |  | |
| Nosze powinny umożliwiać złożenie ich w połowie długości | |  | |  | |
| Umożliwiać regulację długości, która pozwala na dobór do pacjentów o różnym wzroście | |  | |  | |
| Nosze wyposażone w min. 5 uchwytów zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia umieszczonych na dłuższej stronie łopat | |  | |  | |
| Umożliwiające montaż systemu unieruchomienia głowy. | |  | |  | |
| Waga noszy do max. 10 kg | |  | |  | |
| Nośność dopuszczalna powyżej 150 kg (podać) | |  | |  | |
| Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | |  | |  | |
| DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH – 1 szt.  Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................  Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Nosze typu deska, wykonana z wysokoodpornego tworzywa sztucznego, zmywalna, prześwietlalna dla promieni X w stopniu diagnostycznym. Pasy zabezpieczające dwuczęściowe do deski ortopedycznej mocowane za pomocą metalowego obrotowego karabińczyka, zapięcie pasów za pomocą metalowej klamry i metalowego zamka, duże karabińczyki obrotowe na końcach pasów – min. 4 szt. pasów, z możliwością regulacji długości. | |  | |  | |
| Mocowanie pasów do deski za pomocą min. 5 uchwytów na stronę. Zestaw klocków do unieruchamiania głowy i kręgosłupa szyjnego, wielokrotnego użytku, o konstrukcji umożliwiającej zmiany punktu mocowania pasów mocujących, o konstrukcji umożliwiającej obserwacji uszu poszkodowanego, z co najmniej dwoma pasami do mocowania głowy (podbródkowy i czołowy) oraz brakiem wpływu zamocowania zestawu na możliwości transportowe noszy. Całe mocowanie pokryte tworzywem wodoodpornym wielokrotnego użytku | |  | |  | |
| Ciężar deski poniżej 10 kg. | |  | |  | |
| Dopuszczalne obciążenie deski powyżej 150 kg. | |  | |  | |
| Szerokość deski min. 41 cm | |  | |  | |
| Długość deski min. 180 cm | |  | |  | |
| Zwężenie końca dystalnego deski od strony nóg | |  | |  | |
| Dodatnia pływalność deski | |  | |  | |
| Uchwyty do przenoszenia, zdystansowane od podłoża, rozmieszczone na obwodzie deski, min 16 szt. wielkość uchwytów transportowych umożliwiająca bezpieczny i wygodny uchwyt ręką w rękawicach roboczych | |  | |  | |
| DESKA PEDIATRYCZNA – 1 szt.  Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................  Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Do bezpiecznej stabilizacji kręgosłupa i bezpiecznego transportu dziecka, wyposażona we wbudowane pasy zabezpieczające kodowane kolorami oraz wbudowany system do unieruchomienia głowy. | |  | |  | |
| Wbudowane min. 4 uchwyty do przenoszenia i min. 2 pętle mocowania do noszy. | |  | |  | |
| Pokrycie deski wykonane z tworzywa sztucznego, które jest łatwo zmywalne i nienasiąkliwe, przystosowane do dezynfekcji. | |  | |  | |
| Przeznaczona dla dzieci w przedziale wiekowym 2-10 lat. | |  | |  | |
| Udźwig min 40 kg. | |  | |  | |
| Jest przezierna dla promieni X w stopniu diagnostycznym. | |  | |  | |
| Wyposażona w ochronny pokrowiec transportowy, łatwo zmywalny. | |  | |  | |
| Długość min. 120 cm. | |  | |  | |
| Szerokość min. 20 cm. | |  | |  | |
| Ciężar deski max. 3 kg. | |  | |  | |
| Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | |  | |  | |
| SSAK AKUMULATOROWO - SIECIOWY – 1 szt.  Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................  Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Ssak elektryczny przenośny z płynną lub stopniową regulacją siły ssania w zakresie od 0-80 Kpa. | |  | |  | |
| Maksymalny przepływ min 30 l/min. | |  | |  | |
| Wyposażony w słój wielokrotnego użytku o pojemności 1000 ml (do sterylizacji w autoklawie) z zaworem przelewowym i filtrem antybakteryjnym z możliwością stosowania worków jednorazowych. | |  | |  | |
| Z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka. | |  | |  | |
| Uchwyt ścienny do ambulansu zgodny z normą PN EN 1789 (lub równoważnej). z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji. | |  | |  | |
| Zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu, ładowanie akumulatora z sieci 12V (gniazdka zapalniczki) ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 40 minut pracy ciągłej z max obciążeniem. | |  | |  | |
| Wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora. | |  | |  | |
| Waga ssaka kpl. max. 4,7 kg. | |  | |  | |
| Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | |  | |  | |
| POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA – 1 szt.  Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................  Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | |
| Fabrycznie nowa, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Posiadająca kolorowy wyświetlacz dotykowy (min. 3 cale) oraz klawiaturę numeryczną. | |  | |  | |
| Posiadająca zaprogramowany szeroki asortyment strzykawek, o objętościach minimum: 2, 5, 10, 20, 30, 50 ml. Posiadająca funkcję automatycznego chwytania i rozpoznawania strzykawki. | |  | |  | |
| Posiadająca wbudowaną bibliotekę leków. | |  | |  | |
| Posiadająca funkcję rejestru zdarzeń. | |  | |  | |
| Umożliwiająca infuzję w ml/h. | |  | |  | |
| Możliwość zmiany parametrów bez przerywania infuzji. | |  | |  | |
| Możliwość programowania dawki, czasu lub szybkości podaży w bolusie automatycznym i manualnym. | |  | |  | |
| Możliwość infuzji w różnych jednostkach: ng, µg, mg, g, µEg, mEg, Eg, mIU, IU, kIU, mIE, IE, kIE, mmol, mol, cal, kcal, J, kJ. Jednostka/kg, lb, in², m²/ min, h, 24h. | |  | |  | |
| Możliwość wyliczenia szybkości dozowania z objętości i czasu podaży. | |  | |  | |
| Dokładność dozowania +/-2% zgodnie z PN-EN 60601-2-24 (lub równoważnej). | |  | |  | |
| Przewód ładowania 12 i 230 V w zestawie z urządzeniem. | |  | |  | |
| W komplecie z kompatybilną stacja dokująco-ładującą dedykowaną do ambulansów, | |  | |  | |
| KRZESEŁKO TRANSPORTOWE – 1 szt.  Producent: .................................................................................................................................................................................................................................................  Nazwa i typ (model): ................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022. | |  | |  | |
| Wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | |  | |  | |
| Wyposażone w 4 kółka jezdne, z czego przednie obrotowe i wyposażone w hamulce | |  | |  | |
| Wyposażone w składane tylne rączki transportowe umocowane na 2 poziomach wysokości | |  | |  | |
| Wyposażone w przednie rączki transportowe o regulowanej długości i co najmniej na 2 poziomach wysokości | |  | |  | |
| Wyposażone w podparcie pod nogi | |  | |  | |
| Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | |  | |  | |
| Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalne, szybkodemontowalne | |  | |  | |
| Wyposażone w minimum 3 pasy | |  | |  | |
| Waga max. 10 kg | |  | |  | |
| Dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg | |  | |  | |

Pozycje tak/nie wymagania bezwzględne i opis oferowanych parametrów wypełnia Wykonawca

Wartość przedmiotu :

**…………………..…….……** **PLN z VAT**

(słownie zł; ……………………………………………………………………..………………………..………………… złotych)

**……………………….……..** **PLN bez VAT**

(słownie zł; ………………………………………………………….………………………..…………………………… złotych)

**Formularz parametrów punktowanych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **Tak/Nie\*** | **Parametr oferowany\*** |
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 1.Rozrząd w formie łańcucha | TAK-5 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| 2.Zbiornik paliwa o pojemności powyżej 80 l | TAK-5 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| 3.Odbiornik radiowy zabudowany w desce rozdzielczej pojazdu z funkcją zestawu głośnomówiącego do telefonu komórkowego ze sterowaniem przy kierownicy jako fabryczne wyposażenie pojazdu bazowego | TAK-2 pkt.  NIE-0 pkt. |  |  |
| 4.Fotele w kabinie kierowcy z fabrycznym systemem podgrzewania | TAK-2 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| 1. Fabryczny system monitorowania martwego pola pojazdu | TAK-3 pkt.  NIE-0 pkt. |  |  |
| 1. Aktywny system wspomagania nagłego hamowania (system hamujący w przypadku spóźnionej reakcji kierowcy) | TAK-3 pkt.  NIE-0 pkt. |  |  |
| 1. Kamera cofania będąca fabrycznym wyposażeniem pojazdu bazowego | TAK-3 pkt.  NIE-0 pkt. |  |  |
| 1. Klimatyzacja automatyczna w kabinie kierowcy | TAK-2 pkt.  NIE-0 pkt. |  |  |
| 9.System automatycznego składania goleni przednich i tylnych transportera w trakcie załadunku do ambulansu bez konieczności zwalniania jakichkolwiek dźwigni czy przycisków pozwalający na załadunek noszy wraz z transporterem bez konieczności jego dźwigania – dotyczy transportera noszy głównych | TAK-5 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| 10.Funkcja wyświetlania na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej oraz z prezentacją graficzną wykresu głębokości uciśnięć klatki – dotyczy defibrylatora | TAK-3 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| 1. Funkcja umożliwiająca prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej – dotyczy defibrylatora | TAK-4 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| 1. Respirator o wadze mniejszej niż 4 kg – dotyczy respiratora | TAK-3 pkt. NIE-0 pkt. |  |  |
| **Razem maksymalnie** | **40 pkt.** |  |  |

\*wypełnia Wykonawca

W przypadku, gdy Wykonawca nie określi ww. parametrów, jego oferta dostanie 0 pkt. w kryterium „zestawienie ocenianych parametrów technicznych”.