Oznaczenie sprawy:12/ZP/2019 Załącznik Nr 2 do SIWZ

............................................. .............................................

 pieczęć Wykonawcy miejscowość, data

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**,,**WYMAGANE GRANICZNE WARUNKI TECHNICZNE DLA SAMOCHODU BAZOWEGO,

WYPOSAŻENIA MEDYCZNEGO ORAZ PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO AMBULANSU SANITARNEGO TYPU C

**Pojazd kompletny,** Marka/Typ/Oznaczenie handlowe (zgodne ze świadectwem homologacji): …………………………………….

Rok produkcji 2019r. (podać): …………………………….

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

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny):** Marka/Typ/Oznaczenie handlowe (zgodne ze świadectwem homologacji): ………………..

Rok produkcji 2019r. (podać): …………………

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane warunki (parametry) dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej**  | **warunek graniczny****i****parametry oceniane** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej.**podać, opisać, TAK/NIE  |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **I.** | **NADWOZIE** |
| 1. | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym  | TAK |  |
| Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym obejmującymi całe powierzchnie łącznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia  | TAK |  |
| DMC do 3,5t | TAK |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. | TAK |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy i pasażera, z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do stacji dokującej ADK07F do tabletu Twinhead Durabook R-11 z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kabiny kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z panelu sterującego umieszczonego w środkowej części kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera. Zamawiający nie dopuszcza jakiejkolwiek innych niż fabryczne perforacji elementów w kabinie kierowcy. Instalacja anten zewnętrznych GPS/GSM do stacji dokującej.Zainstalowany i uruchomiony moduł lokalizacji pojazdu wraz z anteną zewnętrzną GPS/GSM współpracujący z systemem SWDPRM o parametrach min. FM3300 Teltonika lub równoważny. | TAK |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) | TAK |  |
| Furgon - lakier w kolorze białym  | TAK |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | TAK |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,20m | TAK  |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70m | TAK |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi,  | TAK |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. Z elektrycznym wspomaganiem ich domykania (rozwiązanie fabryczne objęte gwarancją pojazdu bazowego). | TAK |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | TAK |  |
| 10. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,80 m. |  TAK  |  |
| 11. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | TAK |  |
| 12. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. Z elektrycznym wspomaganiem ich domykania (rozwiązanie fabryczne objęte gwarancją pojazdu bazowego). | TAK |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:- 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,- mocowanie krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,- mocowanie materaca próżniowego,- mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,- mocowanie 2 kasków ochronnych,- mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- mocowanie pojemnika reimplantacyjnego - miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę, | TAK |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne  | TAK |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową, | TAK |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową. | TAK |  |
| 17. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 18. | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | TAK |  |
| 19. | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane.  | TAK |  |
| 20. | Zestaw narzędzi z podnośnikiem, zestaw naprawczy do uszkodzonych opon. | TAK |  |
| 21. | Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania się ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe. | TAK |  |
| 22. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. | TAK |  |
| 23. | Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 15l | TAK |  |
| 24. | Kamera biegu wstecznego z obrazem wyświetlanym w lusterku wstecznym | TAK |  |
| 25. | Instalacja elektryczna przedziału medycznego podłączona poprzez dedykowany moduł pojazdu bazowego typu PSM, KFG itp.(technologia CAN bus). | TAK |  |
| 26. | Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym z panelu sterującego. | TAK |  |
| 27. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Panel umieszczony w centralnej środkowej części kokpitu kierowcy, sterujący następującymi funkcjami: (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym). | TAK |  |
| sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze), | TAK |  |
| sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika, | TAK |  |
| sterowanie układem klimatyzacji, | TAK |  |
| sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów, | TAK |  |
| sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową niskotonową, | TAK |  |
| sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym, | TAK |  |
| funkcja SERWIS, powiadamiająca o zbliżającym się terminie przeglądu zabudowy. | TAK |  |
| możliwość załączania przetwornicy prądu 12/230V  | TAK |  |
| możliwość załączania intercomu | TAK |  |
| dwustopniowe podświetlenie przycisków I stopień dla funkcji niezałączonej, II stopień dla funkcji załączonej | TAK |  |
| miernik zużycia paliwa dla ogrzewania niezależnego od pracy silnika | TAK |  |
| 28. | graficzne monitorowanie pracy powietrznego ogrzewania przedziału medycznego niezależnego od pracy silnika | TAK |  |
| sygnalizacja graficzna wysuniętego stopnia wejściowego | TAK |  |
| **II.** | **SILNIK** |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | TAK |  |
| 2. | Silnik o pojemności min. 2000 cm³. | TAK |  |
| 3. | Silnik o mocy min. 160 KM.  | TAK |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 360 Nm  | TAK |  |
| 5. | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisjispalin,  | TAK |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | TAK |  |
| 3. | Napęd na koła przednie lub tylne. | TAK |  |
| **IV.** | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | TAK |  |
| 2. | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny. | TAK |  |
| 3. | Elektroniczny korektor siły hamowania. | TAK |  |
| 4. | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania. | TAK |  |
| 5. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie i tylne wentylowane. | TAK |  |
| 6. | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | TAK |  |
| 7. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR. | TAK |  |
| 8. | System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy ***lub równoważny***  | TAK |  |
| 9. | System wspomagania ruszania pod górę, | TAK |  |
| **V.** | **ZAWIESZENIE** |
| 1. | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej) | TAK |  |
| 2. | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | TAK |  |
| **VI.** | **UKŁAD KIEROWNICZY**  |
| 1. | Ze wspomaganiem. Kierownica regulowana w dwóch płaszczyznach niezależnie tzn. góra-dół i przód tył. | TAK |  |
| **VII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |
| 1. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK |  |
| 2. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | TAK |  |
| 3. | Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy min. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego  | TAK |  |
| 4. | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| **VIII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | TAK  |  |
| 2. | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający sile elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A*.* | TAK |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A. | TAK (określić) |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | TAK |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 Vb) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznymd) zabezpieczenie przeciwporażeniowee) przewód zasilający min 10m. | TAK |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | TAK |  |
| 7. | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | TAK |  |
| 8. |  Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym typu Lexel (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,- gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | TAK |  |
| 9. | Atestowana przetwornica prądu stałego 12V na zmienny 230V/50Hz o mocy ciągłej min. 1000VA (czysta sinusoida). W przedziale medycznym 2 oddzielne gniazda 230V zasilane z tej przetwornicy do obsługi sprzętu medycznego i drukarki systemu wymagających zasilania 230V w czasie jazdy, z możliwością wyłączenia napięcia. | TAK |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu    pojazdu   z modułami   LED koloru niebieskiego  . W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK |  |
| 2. | Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem umieszczona w tylnej części dachu pojazdu z modułami LED koloru niebieskiego,  dodatkowe światła LED robocze do oświetlania przedpola za ambulansem  | TAK |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | TAK |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni | TAK |  |
| 5. | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego,  | TAK |  |
| 6. | Min. dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu, do oświetlenia miejsca akcji, po jednym z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego,  | TAK |  |
| 7. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:**a/** 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r. wykonane z folii: - typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, - typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),**b/** nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;**c/** po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „P”  (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,**d/** na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta ZRM | TAK |  |
| **X.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej: | TAK | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej: |
| 1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych LED, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne), | TAK |  |
|  | 2) oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.), | TAK |  |
| 3) halogen zamontowany nad blatem roboczym | TAK |  |
| **XI.** |  **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta)- pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | TAK | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta)- pomieszczenie pomieści urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: |
| 1. | **1/** Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):- szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. trzy szuflady: w jednej szufladzie system mocowania drukarki systemu PRM SWD z instalacją zasilającą i połączeniową z tabletem, mocowanie ma umożliwiać drukowanie dokumentów oraz bezpieczny transport po zamknięciu szuflady, w dwóch pozostałych szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki,- pojemnik na zużyte igły,- wysuwany kosz na odpady,- termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury,- miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,- jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od węzgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,- przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. | TAK |  |
| **2/** Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą) :- min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b/ jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,c/ uchwyt na butlą tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at, d/ uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,e/ przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznegof/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Sterujący następującymi funkcjami: (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym).: - sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V, - sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji.- załączanie intercomu,- sterowanie głośnikiem radiotelefonu,- regulacja głośności w głośnikach radioodtwarzacza, | TAK |  |
| **3/ U**chwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom:- normy PN EN 1789+A2:2015-01 ***lub*** - normy PN EN 1789+A1:2011 pod warunkiem, że pojazd został zabudowany przez producenta, któremu jednostka certyfikująca przyznała uprzednio certyfikat wg wymagań PN EN 1789+A1:2011 i certyfikat ten nadal jest aktualny ***lub*** - innej normy równoważnej tj. odpowiadającej treści normy PN EN 1789+A2:2015-01 w tym zakresie, oraz jest elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - **parametr dodatkowo punktowany.**  | TAK - **15 pkt**.NIE - **0 pkt.** |  |
|  | **4/** Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):a/ min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b/ pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),c/ min. 2 przesuwne na szynach płyty do zamocowania dowolnego defibrylatora transportowego, dowolnej pompy infuzyjnej, d/ na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,e/ szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana podwójną roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne.f) schowek na narkotyki zamykany zamkiem szyfrowym, | TAK |  |
|  | **5/** Na lewej ścianie przy fotelu zamontowany duży plaski panel informacyjny o wymiarach min. 600x600 mm umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie.  | TAK |  |
|  | **6/** System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej.W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - atest 10G; miejsce mocowania tj. w przedziale medycznym jako **parametr dodatkowo punktowany.**  | (podać miejsce mocowania – **w przypadku mocowania w przedziale medycznym podać, czy jest całopojazdowa homologacja – atest 10G**:TAK - **10 pkt**.NIE - **0 pkt.**) |  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | TAK |  |
| 3. | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | TAK |  |
| 4. | Centralna instalacja tlenowa:a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze) , b) sufitowy punkt poboru tlenu, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego,c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi, d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,e) konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. | TAK |  |
| 5. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę pod kątem nie większym jak 10 stopni, długość leża pacjenta w zakresie 190 - 195 cm, (podać markę i model). | TAK |  |
| 6. | System szyn podłogowych z przesuwnymi panelami umożliwiającymi szybką wymianę lawety w celu przystosowania ambulansu do transportu pacjentów na noszach bariatrycznych, system jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu- **parametr dodatkowo punktowany** | TAK - **15 pkt**.NIE - **0 pkt.** |  |
| 7. | Wzmocniona i wypełniona materiałem izolacyjnym o grubości min. 25 mm podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. W podłodze zintegrowane wzmocnienia pod lawetę i fotele. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 8. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | TAK |  |
| **XII.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu. | TAK |  |
|  | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | TAK |  |
|  | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu: | TAK |  |
| a) dostrojona na zakres częstotliwości 168.900 Mhz, | TAK |  |
|  | b) impedancja wejścia 50 Ohm, | TAK |  |
| c) współczynnik fali stojącej ≤ 1,0, | TAK |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | TAK |  |
| **XIII.** | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | TAK |  |
| 2. | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym | TAK |  |
| 3. | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło LED, | TAK |  |
| 4. | Trójkąt ostrzegawczy – 2 sztuki, komplet kluczy, podnośnik samochodowy | TAK |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
| 6. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| 7. | Kamera biegu wstecznego z wyświetlaczem w kabinie kierowcy | TAK |  |
| **XIV.** | **SERWIS** |
| 1. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu  | TAK |  |
| 2. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| **XV.** | **GWARANCJA** |
| 1. | **Gwarancja mechaniczna na ambulans,** nie krócej jednak niż 24 miesiące (bez limitu km).**Parametr dodatkowo punktowany** | (określić)24 m-ce - 0 pkt.36 m-cy – 50 pkt48 m-cy – 100 pkt |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. | TAK |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy. | TAK |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące.   | TAK |  |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące. | TAK |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis | Parametr wymagany  | Parametr oferowany |
| I | NOSZE GŁÓWNE-PRODUCENT /MODEL |  |  |
| 1 | Podać markę, model, załączyć folder  | TAK |  |
| 2 | Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; | TAK |  |
| 3 | Z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp. Przystosowanym do mycia i dezynfekcji .  | TAK |  |
| 4 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej za pomocą siłowników gazowych | TAK |  |
| 5 | Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 80 stopni. | TAK |  |
| 6 | Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy oraz systemem pasów/uprzęży służących do transportu małych dzieci w pozycji leżącej lub siedzącej. | TAK |  |
| 7 | Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający przedłużenie powierzchni leża w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście | TAK |  |
| 8 | Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane barierki boczne.  | TAK |  |
| 9 | Fabryczna półka uniwersalna mocowana na stałe bezpośrednio do ramy noszy po stronie głowy pacjenta umożliwiająca przechowywanie oraz transport np. dokumentacji, rzeczy osobistych pacjenta itp. nośność min. 15 kg; | TAK |  |
| 10 | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg); | TAK |  |
| 11 | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); | TAK |  |
| II | TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH |  |  |
| 1 | Podać markę, model, załączyć folder  | TAK |  |
| 2 | z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu | TAK |  |
| 3 | z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | TAK |  |
| 4 | regulacja wysokości na min. sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane sprężynami gazowymi. | TAK |  |
| 5 | System niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do ambulansu i rozładunku z ambulansu pozwalający na wprowadzenie zestawu transportowego do ambulansu przez jedną osobę | TAK |  |
| 6 | Możliwość regulacji długości goleni przednich (bez udziału serwisu), na minimum trzech poziomach w celu dostosowania wysokości najazdowej noszy, do wysokości podstawy noszy zamontowanej w ambulansie. | TAK |  |
| 7 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia); | TAK |  |
| 8 | Wszystkie 4 kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, minimum dwa skrętne w zakresie 360 o, hamulce na dwóch kółkach.(hamulec ma uniemożliwić obrót kółek oraz funkcję skrętu) | TAK |  |
| 9 | Transporter ma umożliwiać prowadzenie noszy w bok do kierunku jazdy.  | TAK |  |
| 10 | Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych. | TAK |  |
| 11 | Transporter ma posiadać możliwość złożenia do minimalnego poziomu wysokości poprzez zwolnienie dedykowanych blokad, bez konieczności wykonywania dodatkowych absorbujących czynności np. Ustawianie kół do jazdy „na wprost” , uruchamianie blokady kół  | TAK |  |
| 12 | Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 200 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); | TAK -podać |  |
| 13 | waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg); | TAK - podać |  |
| 14 | Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi; | TAK |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
| 16 | Deklaracja zgodności CE  | TAK |  |
| 17 | Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789-załączyć raport wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną  | TAK |  |
| 18 | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789 +A1 | TAK |  |

**URZĄDZENIE PRZENOŚNE DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ – 1 sztuka**

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: |
| **Producent:**  |
| **Model/typ:** |
| **Rok produkcji:** |
| **Parametry wymagane** |  | **Parametr oferowany (opis)** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe (rok produkcji 2019) | TAK |  |
| 2. | Urządzenie przenośne do mechanicznej kompresji klatki piersiowej służące do resuscytacji krążeniowo – oddechowej | TAK |  |
| 3. | Głębokość i częstotliwość ucisków klatki piersiowej – zgodnie z wytycznymi ERC 2015 | TAK |  |
| 4. | Głębokości uciśnięć klatki piersiowej dostosowywana automatycznie do oporu klatki piersiowej pacjenta | TAK |  |
| 5. | zasilanie 12V DC | TAK |  |
| 6. | zasilanie 220V-240V AC | TAK |  |
| 7. | możliwość ładowania urządzenia w trakcie czynności RKO | TAK |  |
| 8. | ładowarka akumulatora zintegrowane z urządzeniem | TAK |  |
| 9. | wskaźnik naładowania baterii | TAK |  |
| 10. | torba/plecak wykonana z materiału łatwego do czyszczenia i dezynfekcji, wyposażony w uchwyty umożliwiające transport urządzenia w różnych pozycjach (np. na plecach, przez ramię lub w ręce) | TAK |  |
| 11. | urządzenie przenośne do kompresji klatki piersiowej wraz z zestawem do ładowania oraz baterią (akumulatorem) Li – polimerowym | TAK |  |
| 12. | spełnienie normy IP 43 lub wyższej | TAK |  |
| 13. | Zewnętrzne wyprowadzenie gniazda (portu) ładowania urządzenia (dostęp do gniazda bez konieczności wyciągania urządzenia z torby/plecaka) | TAK |  |
| 14. | Możliwość archiwizowania danych dot. pracy urządzenia z możliwością ich gromadzenia, przetwarzania i analizy (pozwalające na ich wykorzystanie w badaniach klinicznych), współpraca z systemem operacyjnym Microsoft Windows® 7-10. | TAK |  |
| 15. |  Deklaracja zgodności CE  | TAK |  |

Zamawiający informuje, że ilekroć przedmiot zamówienia określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opisany jest przez wskazanie znaku towarowego, patentu lub pochodzenia dopuszcza się rozwiązania równoważne tzn. posiadające cechy, parametry, zastosowanie nie gorsze niż opisane w przedmiocie zamówienia. Wykazanie równoważności zaoferowanego przedmiotu spoczywa na Wykonawcy.

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

........................................................... ..............................................................

 (miejscowość i data) (pieczątka i podpis Wykonawcy)