**Załącznik nr 7 do SWZ (GOZ.271.1.2023)**

**Opis techniczny**

**Dostawa fabrycznie nowego ambulansu sanitarnego transportowego typu A1 (rok produkcji min. 2021 r.)**

Oferowany ambulans sanitarny transportowy typu A1

**OŚWIADCZAM, ŻE OFERUJĘ** */informacje poniżej wskazuje Wykonawca/*:

Pojazd niekompletny: Marka …………………… Typ …………………………. Oznaczenie handlowe ……………….…

Rok produkcji min. 2021 (podać): ………………………………………

Nazwa i adres producenta pojazdu niekompletnego: ............................................................................

Pojazd skompletowany: Marka …………………. Typ …………………….………. Oznaczenie handlowe ………………

Rok produkcji min. 2021 (podać): ………………………………………

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

1. Pojazd powinien być zgodny z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 2022),ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (tj. Dz. U z 2022 r. poz. 988) oraz ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U z 2022 r. poz. 974)

2. Pojazd powinien spełniać normę PN-EN 1789:2021-02 dla ambulansu i PN-EN 1865 dla sprzętu medycznego.

3. Pojazd powinien spełniać niżej określone wymagania dodatkowe:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametry wymagane** | **TAK/NIE** | | | **Parametry oferowane**  *(wskazuje Wykonawca*) |  |  |
| 1 | 2 | | | 3 |  |  |
| **I. Nadwozie** | | | | |  |  |
| 1. Typu furgon zamknięty o wymiarach wnętrza przystosowany do potrzeb personelu medycznego charakteryzujący się parametrami / przedział medyczny - długość przedziału medycznego min. 200 cm, wysokość min. 127 cm, szerokość min. 130 cm,  Kolor biały zgodny z obowiązującą normą dla ambulansów. | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. Maksymalne wymiary zewnętrzne: długość 515 cm, szerokość z lusterkami 230 cm, wysokość z sygnalizacją świetlną 205 cm | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 3. Pojazd przystosowany do przewozu 5 osób razem z kierowcą w tym:  - 2 miejsca siedzące w kabinie kierowcy  - 3 miejsca w przedziale medycznym   * 2 fotele do siedzenia mocowane na stałe przy ścianie ambulansu, wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa – w tym jedno siedzenie składane, * 1 miejsce na noszach – pozycja leżąca | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 4. Klimatyzacja w kabinie kierowcy | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 5. Drzwi tyłu nadwozia częściowo przeszklone, dwuskrzydłowe, obejmujące całą ścianę tylną, otwierające się pod kątem 180 º - wyposażone dodatkowo w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł. Drzwi wyposażone w światła awaryjne włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 6. Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu, przeszklone | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 7. Wizualny sygnał ostrzegający kierowcę w czasie jazdy o fakcie niecałkowitego domknięcia drzwi | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 8. Centralny zamek wszystkich drzwi | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 9. Elektrycznie sterowane szyby z układem zapobiegającym przycięciu palców | **Tak/Nie\*** | | |  |
| 10. Okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 11. Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 12. Ściana działowa pomiędzy przedziałem medycznym a kabiną kierowcy, umożliwiająca komunikację | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 13. Ściany boczne przedziału medycznego winny być przystosowane do zamocowania wyposażenia. | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 14. Środkowe lusterko wsteczne w przedziale kierowcy | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 15 . Uchwyt na słupku wspomagający wsiadanie dla pasażera | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **II. Silnik** | | | | |  |  |
| 1. Pojemność min.1330 cm³ | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. O mocy min. 104 KM | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 3. Rodzaj paliwa: benzyna lub diesel | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **III. Zespół napędowy** | | | | |  |  |
| 1. Skrzynia biegów manualna lub automatyczna synchronizowana: min. 6 biegów do przodu i bieg wsteczny | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. Napęd na przednią oś lub na obie osie (4x4) | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **IV. Bezpieczeństwo** | | | | |  |  |
| 1.**ABS** układ zapobiegający blokowaniu kół podczas hamowania lub równoważny  **ESP** - elektroniczny system stabilizacji toru jazdy lub równoważny | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. Hamulce tarczowe przedniej i tylnej osi | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **V. Układ kierowniczy** | | | | |  |  |
| Z wspomaganiem | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **VI. Zawieszenie** | | | | |  |  |
| Oś przednia i tylna ze stabilizatorami fabrycznymi pojazdu bazowego – charakterystyka zawieszenia dostosowana do statycznego obciążenia ambulansu zapewniająca odpowiednią stabilność i przyczepność pojazdu podczas szybko pokonywanych zakrętów | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **VII. Ogrzewanie i wentylacja** | | | | | | |
| 1. Ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik – dotyczy również przedziału medycznego. | **Tak/Nie\*** | | |  | | |
| 2. Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca możliwość dwudziestokrotnej wymiany powietrza na godzinę w czasie postoju pojazdu | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **VIII. Instalacja elektryczna** | | | | |  |  |
| 1. Alternator o mocy zapewniającej właściwe ładowanie akumulatora | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2.W pomieszczeniu dla pacjenta min. 2 gniazda/podłączenia 12V na oddzielnych obwodach | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 3. Gniazdo 230 V zasilane z przetwornicy 12/230 V( min. 1,5 kW mocy ciągłej) – zabudowane na stałe z niezależnego obwodu | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **IX. Oznakowanie pojazdu** | | | | |  |  |
| 1. Belka świetlna z przezroczystego poliwęglanu z lampami typu LED w przedniej części pojazdu; z możliwością nadawania komunikatów głosowych, podświetlony napis „AMBULANS” | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. 2 niebieskie lampy pulsacyjne, na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 3. Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 4. Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, wykonany z folii odblaskowej | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 5. Pas barwy czerwonej nad pasem niebieskim dookoła pojazdu wykonany z folii odblaskowej | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 6. Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu, kolor niebieski odblaskowy | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 7. Oznaczenie - logo właściciela ambulansu „Gminny Ośrodek Zdrowia w Chmielnie” | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 8. Krzyże św. Andrzeja z tyłu na bokach i dachu pojazdu w kolorze niebieskim | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 9. Oznaczenie typu karetki na bokach i drzwiach pojazdu | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 10. Lampa niebieska pulsacyjna w tylnej części dachu – typu LED |  | | |  |  |  |
| **X. Sygnalizacja dźwiękowa** | | | | |  |  |
| Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosowych | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **XI. Wyposażenie pojazdu** | | | | |  |  |
| 1. Wszystkie miejsca siedzące w kabinie kierowcy wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. Młotek do wybijania szyb zintegrowany z nożem do przecinania pasów bezpieczeństwa | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 3. Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 4. Szperacz w kabinie kierowcy na elastycznym przewodzie | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 5. Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy z podnośnikiem, apteczka pojazdu, gaśnica | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 6. Obręcze kół stalowe o średnicy min. 16 cali. | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 7. Dodatkowy zestaw opon zimowych wraz z felgami (4 szt.) | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 8. Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 9. Czujniki parkowania z przodu i z tyłu | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 10. Pełnowymiarowe koło zapasowe | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **XII. Wyposażenie przedziału medycznego** | | | | |  |  |
| 1. Fotele pokryte tapicerką łatwo zmywalną, wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 2. Na ścianie lewej ergonomiczna szafka zamykana, wykonana z tworzywa sztucznego, zabezpieczona przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, bez ostrych krawędzi, szafka na butlę tlenową, umożliwiająca kontrolę ciśnienia w instalacji oraz wymianę butli | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 3. Wzmocniona podłoga, antypoślizgowa, łatwo zmywalną połączoną szczelnie z pokryciem boków zapewniająca odpływ płynów z wnętrza pojazdu spełniające wszelkie normy w zakresie transportu sanitarnego | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 4. Uchwyt do kroplówki na 2 szt. płynów infuzyjnych mocowany w suficie - uchwyt do kroplówki musi wytrzymać obciążenie 5 kg | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 5. Jedna butla 10 l, z reduktorem do butli 10 l. | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 6. Izolacja dźwiękowo - termiczna przedziału medycznego | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 7. Minimum 2 gniazda poboru tlenu monoblokowe typu panelowego typu panelowego wyposażonego w min. 1 przepływomierz obrotowy i w nawilżacz. | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 8. Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:  1) min. 4 punkty ze światłem rozproszonym,  2) oświetlenie halogenowe umieszczone nad noszami – min. 1 pkt | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| 9. Stanowisko noszy głównych umożliwiające łatwe wprowadzenie noszy oraz ich zablokowanie na czas jazdy (podstawa) | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **XIII. Sprzęt medyczny** | | | | |  |  |
| **Nosze główne**  Nosze przystosowane do reanimacji - twarda płyta na całej powierzchni. Nosze potrójnie łamane - funkcja umożliwiająca ustawienie pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie powłok brzusznych.  Rama noszy wykonana z materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących.  Z płynną regulacją podnoszenia tułowia do kąta min.70° (podać oferowaną wartość)  Komplet pasów zabezpieczających (min 3 pasy poprzeczne oraz pasy szelkowe).  Wysuwane teleskopowo uchwyty do przenoszenia.  Wyposażone w łatwo zmywalny materac.  Waga noszy max 45 kg.  Obciążenie dopuszczalne mieszczące się min. 150 kg, max 250 kg. | | **Tak/Nie\*** |  | |  |  |
| **Transporter noszy**  Posiadający 4 kółka jezdne o średnicy mieszczącej się w zakresie 150 - 200 mm (podać oferowaną wartość) umożliwiające łatwe prowadzenie noszy nawet na nierównych nawierzchniach, hamulce na przynajmniej 2 kółkach jezdnych. Co najmniej dwa koła skrętne + przednie po odblokowaniu skrętne.  Mocowanie do podłogi lub lawety ambulansu - zgodne z normą PN-EN 1789  Zapewniające automatyczne zapięcie zestawu po wprowadzeniu noszy do ambulansu,  Nosze wielopoziomowe,  Waga zestawu transportowego - nosze + transporter max. 56 kg (podać oferowaną wartość). | | **Tak/Nie\*** |  | |  |  |
| Nosze zintegrowane z transporterem (monoblokowe) spełniające parametry określone dla noszy głównych i transportera noszy. | | **Tak/Nie\*** |  | |  |  |
| **XIV Wymagania dodatkowe:** | | | | |  |  |
| Autoalarm fabryczny pojazdu bazowego | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny uprawniony do napraw gwarancyjnych pojazdu i wyposażenia znajdujący się w odległości nie większej niż 80 km od granic administracyjnych miejscowości Chmielno: (należy podać odległość w km oraz podać adres serwisu) |  | | | …..................km  Adres serwisu:  .......................................................................................................... |  |  |
| Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny uprawniony do napraw gwarancyjnych sprzętu medycznego znajdujący się w odległości nie większej niż 400 km od granic administracyjnych miejscowości Chmielno: (należy podać odległość w km oraz podać adres serwisu) |  | | | …..................km  Adres serwisu:  .......................................................................................................... |  |  |
| Gwarancja min. 24 miesiące | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| Termin dostawy max. 90 dni od daty podpisania umowy dostawy | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| **Wraz z ambulansem Wykonawca musi przekazać:** | | | | |  |  |
| Świadectwo homologacji na pojazd skompletowany jako specjalny sanitarny | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| Instrukcja obsługi i konserwacji noszy głównych i transportera noszy głównych w języku polskim | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| Kartę gwarancyjną zabudowy przedziału medycznego | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |
| Kartę pojazdu, książki serwisowe oraz niezbędne dokumenty do rejestracji pojazdu | **Tak/Nie\*** | | |  |  |  |

**Uwaga**

* **niepotrzebne skreślić. W każdej pozycji, gdzie jest podany zapis „Tak/Nie” musi zostać jednoznacznie wskazana odpowiedź „Tak” lub „Nie”. Wszystkie pozycje wskazujące parametry oferowane muszą być wypełnione.**

**Niespełnienie warunków z pkt. I-XIV spowoduje odrzucenie oferty.**

**Wymagania dodatkowe:**

Wykonawca zobowiązany jest do instruktażu obsługi w zakresie działania obsługi i konserwacji ambulansu i sprzętu w nim zamontowanego przy przekazywaniu ambulansu.

Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć przedmiot zamówienia zgodny z wymaganiami zawartymi w SWZ do siedziby Zamawiającego wraz z kompletem wymaganej dokumentacji, na koszt i ryzyko Wykonawcy, gdzie nastąpi protokolarny odbiór przez komisję złożoną z upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy i Zamawiającego (Zamawiający dopuszcza dojazd ambulansu na kołach). Zamawiający upoważni Wykonawcę oddzielnym oświadczeniem do zarejestrowania samochodów w Wydziale Komunikacji Starostwa Powiatowego w Kartuzach.

Protokolarny odbiór ambulansu zostanie dokonany w dniu ich faktycznej dostawy, przy czym Wykonawca zobowiązany jest nie później niż 2 dni przed planowanym terminem dostawy powiadomić o tym terminie Zamawiającego.

……………………………….….……. *(miejscowość),* dnia ………………..………. r.

………………………………….………………

*(podpis)\**