**Załącznik nr 1 do SWZ**

**DEA.ZP-261/1/2024**

**Dostawa 1 ambulansu typu B wraz z wyposażeniem.**

Ambulanse typu B z wyposażeniem (posiadające deklarację CE zgodnie z przepisami prawa polskiego potwierdzające zgodność zabudowy medycznej z wymogami normy aktualnej PN EN 1789 lub normy równoważnej w zakresie ambulansu typu B oraz zgodność wyposażenia medycznego).

1. Zamawiający wymaga by oferowany pojazd był fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku 2023 lub w 2024 roku.
2. Ambulans musi spełniać wymagania określone w aktualnie obowiązującej normie PN-EN 1789 dla ambulansu typu B w zakresie odpowiednim do przedmiotu zamówienia.

Formularz parametrów wymaganych ambulansu

|  |  |
| --- | --- |
| **Pojazdy** | **Wypełnia Wykonawca** |
| Producent | Podać |  |
| Model/ typ/marka | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Pojemność silnika w cm3 / Moc w kW | Podać |  |
| Rok produkcjiWymagany nie starszy niż z 2023 roku |  Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr wymagany** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry*\****(opisać, podać) |
| **I** | **NADWOZIE** |  |  |
| 1. | Typ “furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu. Ściany i sufit wykonane z łatwo zmywalnego tworzywa. |  |  |
| 2. | Przystosowany do przewozu min. 3 osób w pozycji siedzącej wraz z kierowcą oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. |  |  |
| 3. | Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, wyposażona w dwa pojedyncze fotele z zagłówkami i podłokietnikami oraz regulacją lędźwiową, wyposażone w bezwładnościowe trzypunktowe pasy bezpieczeństwa. |  |  |
| 4. | Dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy dywaniki gumowe zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze. |  |  |
| 5. | W kabinie kierowcy 3 fabryczne gniazda 12V (tzw. gniazda zapalniczki). |  |  |
| 6. | Układ kierowniczy ze wspomaganiem. |  |  |
| 7. | Kierownica z regulacją w dwóch płaszczyznach. |  |  |
| 8. | Poduszki powietrzne przednie i boczne dla kierowcy i pasażera. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9. | Drzwi boczne prawe przedziału medycznego - przeszklone, przesuwane do tyłu. |  |  |
| 10. | Dodatkowe drzwi boczne usytuowane za kierowcą, za którymi znajduje się oświetlony schowek (oddzielony od przedziału medycznego) wraz z uchwytami (mocowaniami) na: dwie butle tlenowe 10l o wysokości min. 1000mm, krzesełko kardiologiczne z systemem płozowym o wysokości min. 1150mm, materac próżniowy oraz nosze podbierakowe i deskę ortopedyczną dla dorosłych oraz dla dzieci, kamizelkę KED, kaski ochronne.Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny) dostęp do plecaka/torby medycznej- z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu) Koncepcja do uzgodnienia po podpisaniu umowy. |  |  |
| 11. | Drzwi tylne wysokie, dwuskrzydłowe, przeszklone, otwierane na boki do kąta min. 250°, wyposażone w ograniczniki i blokady położenia skrzydeł, oraz w światła awaryjne włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. |  |  |
| 12. | Stopień tylny wejściowy antypoślizgowy, spełniający rolę zderzaka. |  |  |
| 13. | Centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem. Minimum 2 piloty zdalnego sterowania centralnym zamkiem. |  |  |
| 14. | Autoalarm i immobiliser. |  |  |
| 15. | Reflektory przednie w technologii LED. |  |  |
| 16. | Reflektory przeciwmgielne przednie. |  |  |
| 17. | Klimatyzacja automatyczna lub półautomatyczna kabiny kierowcy. |  |  |
| 18. | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy. |  |  |
| 19. | Elektrycznie sterowane lusterka boczne, z podwójnym lustrem, podgrzewane. |  |  |
| 20. | Pełnowymiarowe koło zapasowe. |  |  |
| 21. | Kolor nadwozia żółty (fabryczny) zgodny z aktualnie obowiązującą normą PN EN 1789 |  |  |
| 22. | Radioodtwarzacz z nagłośnieniem obu przedziałów: min. 2 głośniki w kabinie kierowcy oraz min. 1 głośnik w przedziale medycznym. Radio z możliwością bezprzewodowego podłączenia telefonu (Bluetooth). |  |  |
| 23. | Fabryczny zbiornik paliwa o pojemności minimum 70 litrów. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 24. | Kamera cofania umieszczona na dachu ambulansu z wizualną sygnalizacją odległości. Zamawiający dopuszcza, aby kamera cofania umieszczona była w obrębie tablicy rejestracyjnej. |  |  |
| 25. | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów. |  |  |
| 26. | Dodatkowa regulowana lampka na elastycznym ramieniu dla pasażera. |  |  |
| 27. | Fabryczne, tj. montowane przez producenta pojazdu bazowego przednie i tylne czujniki parkowania. |  |  |
| 28. | Kierunkowskazy na lusterkach lub na bocznych przednich błotnikach |  |  |
| **II** | **SILNIK I NAPĘD** |  |  |
| 1. | Elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim |  |  |
| 2. | Moc silnika min. 120 kW |  |  |
| 3. | Pojemność silnika max. 1999cm3 |  |  |
| 4. | Silnik spełniający wymagania emisji spalin min. EURO 6 lub EURO VI |  |  |
| 5. | Napęd na przód lub tył lub 4x4 |  |  |
| 6. | Skrzynia biegów automatyczna lub manualna***Parametr dodatkowo punktowany!*****Manualna skrzynia biegów - 0 pkt****Automatyczna skrzynia biegów - 3 pkt** |  |  |
| 7. | Ogrzewanie silnika podczas postoju ambulansu zasilane z sieci 230 (grzałka postojowa) |  |  |
| **III** | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |  |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych |  |  |
| 2. | Z systemem wspomagania nagłego hamowania BAS. |  |  |
| 3. | Z systemem ABS - zapobiegający blokowaniu kół w trakcie awaryjnego hamowania. |  |  |
| 4. | Z systemem ESP - stabilizacji toru jazdy. |  |  |
| 5. | Z systemem ASR - zapobiegający poślizgowi kół w trakcie ruszania. |  |  |
| 6. | Z systemem rozdziału siły hamowania |  |  |
| **IV** | **ZAWIESZENIE** |  |  |
| 1. | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | Zawieszenie posiadające drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. |  |  |
| **V** | **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Trójkąt ostrzegawczy. |  |  |
| 2 | Dwa urządzenia do wybijania szyb z możliwością przecinania pasów bezpieczeństwa (po jednym w kabinie kierowcy i przedziale medycznym). |  |  |
| 3 | Dodatkowa gaśnica min. 1 kg środka gaśniczego w przedziale medycznym wraz z chwytem mocującym. |  |  |
| 4 | Klin pod koło w schowku technicznym |  |  |
| 5 | Dodatkowy trójkąt ostrzegawczy w schowku technicznym |  |  |
| 6 | Fabryczny podnośnik, klucz do kół, zestaw narzędzi, apteczka samochodowa. |  |  |
| 7 | Załączyć aktualną homologację typu WE pojazdu skompletowanego (oferowanego Ambulansu typu B). Zamawiający dopuszcza, aby zamiast sprawozdania z badań dynamicznych Wykonawca dostarczył certyfikat zgodności z całą normą.Nie jest wymagane składanie wraz z ofertą załączników do homologacji, lecz w przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania wykonawcy do ich przedłożenia celem weryfikacji zgodności oferty z wymogami SWZ. |  |  |
| 8 | Załączyć sprawozdanie z badań dynamicznych zabudowy medycznej dotyczące typu ambulansu będącego przedmiotem oferty zgodnie z wymaganiami zharmonizowanej Normy Europejskiej PN EN1789. Dokument wystawiony przez niezależną notyfikowana jednostkę badawczą.Typ pojazdu badanego określonego w sprawozdaniu z badań dynamicznych musi odpowiadać typowi pojazdu określonemu w załączonej homologacji pojazdu skompletowanego.Homologacja oferowanego ambulansu musi umożliwić rejestracje w Polsce.Zamawiający dopuszcza, aby zamiast sprawozdania z badań dynamicznych Wykonawca dostarczył certyfikat zgodności z całą normą. |  |  |
| **VI** | **NADWOZIE - PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  |  |
| 1. | Minimalne wymiary przedziału medycznego (długość x szerokość x wysokość) 3200 x 1700 x 1800mm. |  |  |
| 2. | Izolacja termiczna i akustyczna ścian i sufitu. |  |  |
| 3. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie podstawy pod nosze główne, o powierzchni |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | antypoślizgowej, połączona szczelnie z zabudową ścian, łatwo zmywalna. |  |  |
| 4. | Ściany boczne przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania wyposażenia. |  |  |
| 5. | Ściany boczne i sufit pokryte tworzywem sztucznym, łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |  |
| 6. | Zabudowa meblowa umożliwiająca umieszczenie w niej sprzętu i wyposażenia wskazanego w aktualnej normie PN EN 1789 dla ambulansu typu B. |  |  |
| 7. | Na ścianie lewej szyny montażowe wraz z min. czterema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej oraz ssaka mechanicznego. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia w/w sprzętu medycznego wg uznania. Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do w/w sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. |  |  |
| 8. | Ogrzewacz płynów infuzyjnych z termostatem, z możliwością płynnej regulacji temperatury oraz możliwością podgrzania płynów infuzyjnych do temperatury min. 37°C. |  |  |
| 9. | Zabezpieczenie elementów wyposażenia oraz urządzeń przed ich niekontrolowanym otwieraniem i przemieszczaniem w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. |  |  |
| 10. | W przedziale medycznym zamontowany panel sterujący spełniający następujące funkcje:- z funkcją zegara i kalendarza (aktualny czas, aktualna data), Zamawiający dopuszcza aby funkcja wyświetlania daty i zegar nie były zintegrowane z panelem sterującym, - sterowanie oświetleniem wewnętrznym przedziału medycznego,- sterowanie układem ogrzewania przedziału medycznego, - informujący o temperaturze przedziału medycznego, - sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji przedziału medycznego,-możliwość sterowania oświetleniem zewnętrznym i wewnętrznym z paneli przy drzwiach wejściowych do przedziału medycznego |  |  |
| 11. | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 3 szt. pojemników. |  |  |
| 12. | Sufitowe i ścienne uchwyty dla personelu medycznego. |  |  |
| 13. | Instalacja tlenowa z 2 punktami (w tym jeden sufitowy) poboru typu AGA, z przepływomierzem wpinanym do |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | gniazda AGA ( 1 szt.)Nie wymaga się zainstalowania przełącznika butla/butla. |  |  |
| 14. | Okna w przedziale medycznym pokryte w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą. |  |  |
| 15. | Kosze na śmieci i miejsca na pojemniki na materiał niebezpieczny w zabudowie meblowej. |  |  |
| 16. | Co najmniej 2 sufitowe punkty świetlne typu LED nad noszami, z regulacją kąta padania światła + oświetlenie punktowe typu LED blatu roboczego. |  |  |
| 17. | Automatyczne włączenie/ wyłączenie oświetlenia (jednej sekcji) po otwarciu/ zamknięciu drzwi przedziału medycznego, możliwość włączania/ wyłączania oświetlenia z paneli umieszczonych przy drzwiach wejściowych do przedziału medycznego. |  |  |
| 18. | Zestaw siedzeń umożliwiający przewóz co najmniej dwóch osób w pozycji siedzącej, wszystkie miejsca siedzące wyposażone w pasy bezwładnościowe, w tym:* co najmniej jeden fotel obrotowy o ustawieniu zgodnym z kierunkiem jazdy pojazdu oraz bokiem do kierunku jazdy (obrót w zakresie 90 stopni umożliwiającym obsługę pacjenta leżącego na noszach), fotel z podnoszonym do pionu siedziskiem oraz z zagłówkiem i podłokietnikiem;
* fotel zamontowany u wezgłowia noszy, tyłem do kierunku jazdy z podnoszonym do pionu siedziskiem oraz z zagłówkiem regulowanym w płaszczyźnie pionowej. Fotel z funkcją umożliwiającą jego przesuw.

***Parametr dodatkowo punktowany!***Przesuw fotela w przedziale medycznym znajdującego się u wezgłowia noszy wzdłuż osi pojazdu powyżej 30 cm - 2 pktFotele oraz system zamontowania przebadane zgodniez normą PN-EN 1789 w oferowanym typie ambulansu - na wezwanie Zamawiającego dostarczyć sprawozdanie. |  |  |
| 19. | Lodówka do przechowywania leków w temperaturze od 2°- do 8° C zintegrowana w zabudowie medycznej. |  |  |
| 20. | Szczegóły dotyczące zabudowy przedziału medycznego (szafki, rozmieszczenie sprzętu, montaż wyposażenia medycznego zostaną ustalone po podpisaniu umowy) |  |  |
| **VII** | **OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** |  |  |
| 1. | Ogrzewanie kabiny kierowcy i przedziału medycznego wykorzystujące ciecz chłodzącą silnik. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | Niezależny od pracy silnika i układu chłodzenia silnika system ogrzewania przedziału medycznego.Rozwiązanie przebadane na zgodność z normąPN-EN 1789 w oferowanym typie ambulansu - na wezwanie Zamawiającego dostarczyć sprawozdanie z badań. |  |  |
| 3. | Wentylacja mechaniczna, nawiewno - wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. |  |  |
| 4. | Klimatyzacja przedziału medycznego i kabiny kierowcy, z możliwością ustawienia żądanej temperatury. |  |  |
| 5. | Niezależny od klimatyzacji pojazdu bazowego układ klimatyzacji przedziału medycznego z min. 4 wylotami chłodnego powietrza.***Parametr dodatkowo punktowany!***System klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją chłodzenia podczas postoju ambulansu po podłączeniu do zasilania 230V - 5 pktRozwiązanie przebadane na zgodność z normąPN-EN 1789 w oferowanym typie ambulansu - na wezwanie Zamawiającego dostarczyć sprawozdanie z badań. |  |  |
| 6. | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego - grzejnik elektryczny z sieci 230V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy zapewniającej uzyskanie właściwej temperatury w przedziale medycznym. |  |  |
| **VIII** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA I OŚWIETLENIE** |  |  |
| 1. | Układ zasilania zewnętrznego 230V z zabezpieczeniem uniemożliwiającym rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym i z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym, z wizualną sygnalizacją informującą o podłączeniu do sieci 230V. |  |  |
| 2. | Przewód zasilania zewnętrznego 230V o długości min.10m. |  |  |
| 3. | Zespół 2 akumulatorów o łącznej pojemności min.180Ah, z czego jeden to akumulator rozruchowy silnika, drugi do zasilania pozostałych odbiorników prądu. |  |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa z sieci 230V, umożliwiająca doładowanie obu akumulatorów w czasie postoju. |  |  |
| 5. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ładowania dwóch akumulatorów w czasie jazdy. |  |  |
| 6. | Minimum 3 gniazda 230V zamontowane w przedziale medycznym umożliwiająca ładowanie i pracę urządzeń zamontowanych w ambulansie. |  |  |
| 7. | Instalacja dla napięcia 12V przedziału medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem, dwu- pinowe. |  |  |
| 8. | Oświetlenie przedziału medycznego:- światło rozproszone typu LED w kolorze naturalnym, umieszczone w części sufitowej przedziału medycznego, zapewniające prawidłowe oświetlenie przedziału medycznego, z funkcją przygaszania na czas transportu (tzw. oświetlenie nocne, które może być realizowane przez dodatkowe lampy LED). |  |  |
| 9. | Oświetlenie punktowe LED blatu roboczego. |  |  |
| 10. | Atestowana przetwornica (tj. przetwornica ma spełniać obowiązujące normy bezpieczeństwa dla tego typu urządzeń) prądu stałego 12V na zmienny 230V/50Hz o mocy ciągłej min. 1000W (czysta sinusoida).W przedziale medycznym 2 oddzielne gniazda 230V zasilane z tej przetwornicy do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V w czasie jazdy, z możliwością wyłączenia napięcia (wyłączenie przetwornicy napięcia). |  |  |
| 11. | Urządzenia zamontowane w procesie adaptacji pojazdu bazowego na ambulans sanitarny nie będą powodowały zakłóceń elektromagnetycznych które mogą mieć wpływ na pracę urządzeń systemu łączności i SWD oraz urządzeń medycznych przeznaczonych do pracy w ambulansie. |  |  |
| 12. | Zamawiający wymaga aby urządzenia elektryczne lub elektroniczne zabudowy specjalnej były zasilane i zabezpieczone całkowicie niezależnie od oryginalnej instalacji elektrycznej pojazdu bazowego Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z ambulansem specyfikacji technicznej wykonanej instalacji elektrycznej i elektronicznej zamontowanych urządzeń w ambulansie wraz ze schematami poglądowymi i docelowymi tej instalacji. |  |  |
| **IX** | **SYGNALIZACJA****ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |  |
| 1. | Przednia sygnalizacja oparta na belce świetlnej typu LED. Dodatkowe światła do oświetlenia przestrzeni przed ambulansem. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. | W tylnej części dachu pojazdu sygnalizacja oparta na belce świetlnej typu LED. Dodatkowe światła do oświetlenia przestrzeni za ambulansem. |  |  |
| 3. | Min. dwie niebieskie lampy LED, zamontowane w atrapie chłodnicy lub pokrywie silnika. |  |  |
| 4. | Sygnalizacja dźwiękowa modulowana o mocy min. 100 W, zgodna z obowiązującymi przepisami prawa. |  |  |
| 5. | Reflektory LED po obu stronach i z tyłu pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji- po dwa z lewej i prawej strony z możliwością włączenia i wyłączenia z kabiny kierowcy i przedziału medycznego, dwa z reflektorów montowanych w tylnej części ścian bocznych i reflektory tylne włączające się automatycznie po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu. |  |  |
| 6. | Oznakowanie zewnętrzne pojazdu zgodne z obowiązującymi przepisami prawa o ruchu drogowym oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (dla ambulansu typu „P”).Dodatkowo - logo Zamawiającego umieszczona na obu bokach pojazdu. Oznakowanie zewnętrzne pojazdu będzie uzgodnione po podpisaniu umowy. |  |  |
| 7. | Nadruk lustrzany „AMBULANS”, z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „ AMBULANS”, o wysokości znaków co najmniej 10 cm, także z tyłu pojazdu. |  |  |
| 8. | Wzór graficzny systemu PRM z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm. |  |  |
| 9. | * pas odblaskowy z foli typu 3 barwy czerwonej o szerokości co najmniej 15 cm. umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,
* pas odblaskowy z foli typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szerokości co najmniej 15 cm umieszczony wokół dachu. - pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym.
 |  |  |
| **X** | **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** |  |  |
| 1. | * radiotelefon przewoźny cyfrowy z modułem GPS i podłączonymi antenami VHF oraz GPS, zgodne z wojewódzkim systemem łączności DMR,
* dwa radiotelefony ręczne cyfrowe z modułem GPS i podłączonymi antenami GSM/DCS/UMTS oraz GPS, zgodne z wojewódzkim systemem łączności DMR,
 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | * tablet zgodny z SWD PRM zamontowany w stacji dokującej z zasilaniem 230V i 12V,
* moduł GPS z antenami, kompatybilny z SWD PRM,
* drukarka kompatybilna z SWD PRM z zasilaniem 230V i 12V,
* antena samochodowa SHARK I AM/FM+GPS+GSM zamontowana na dachu pojazdu z możliwością podłączenia obsługiwanych urządzeń.
 |  |  |
| **XI** | **INNE** |  |  |
| 1. | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo- sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie, wyposażony w światło typu LED , czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min 2 godziny, wyposażony w uchwyt do zamocowania w pojeździe oraz ładowarkę samochodową i sieciową 230 V. |  |  |
| 2. | Załączyć certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 w zakresie oferowanego ambulansu typu B wystawiony przez jednostkę notyfikującą dla oferowanej marki i modelu ambulansu. |  |  |
| 3. | Wykonawca dostarcza wraz z pojazdem niezbędne dokumenty do jego rejestracji na ternie RP. |  |  |
| 4. | Załączyć świadectwo homologacji na pojazd skompletowany. |  |  |
| 5. | Pojazd przygotowany do rejestracji z kompletem dokumentów dopuszczających go do ruchu drogowego, zgodnie z postanowieniami ustawy prawo o ruchu drogowym. |  |  |
| 6. | Dodatkowo 4 opony zimowe z felgami. |  |  |
| 7. | Gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy 24 miesiące.***Parametr dodatkowo punktowany!*****Gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy:****24 miesiące** - minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego - 0 pkt.**36 miesięcy** - 5 pkt.**48 miesięcy** - 10 pkt.**60 miesięcy** - 20 pkt. |  |  |
| 8. | Gwarancja na zabudowę medyczną wraz z bezpłatnymi przeglądami w siedzibie Zamawiającego na minimum 24 miesiące.***Parametr dodatkowo punktowany!*****Gwarancja na zabudowę medyczną wraz z bezpłatnymi** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **przeglądami w siedzibie Zamawiającego:****24 miesiące** - minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego - 0 pkt.**36 miesięcy** - 2 pkt.**48 miesięcy** - 5 pkt.**60 miesięcy** - 10 pkt. |  |  |
| **XII** | **NOSZE GŁÓWNE - Sterowane elektryczno-hydraulicznie** |  |  |
| 1. | Nosze fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
| 2. | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. |  |  |
| 3. | Udźwig noszy powyżej 300 kg. |  |  |
| 4. | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha |  |  |
| 5. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnym funkcji |  |  |
| 6. | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° |  |  |
| 7. | Nosze certyfikowane w zakresie aktualnej normy PN-EN 1865 (certyfikat załączyć do oferty) |  |  |
| 8. | Nosze wyposażone w 4 pełne koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. min. 2 koła wyposażone w hamulce. |  |  |
| 9. | Wieszak na płyny infuzyjne |  |  |
| 10. | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy |  |  |
| 11. | Długość całkowita noszy min. 195 cm |  |  |
| 12. | Szerokość całkowita noszy min. 55 cm |  |  |
| 13. | Wyprofilowany materac umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, przystosowany do przewozu pacjentów otyłych o powierzchni antypoślizgowej, nieabsorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. |  |  |
| 14. | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy |  |  |
| 15. | Dokument producenta (protokół/raport z badań) ambulansu potwierdzający spełnienie wymagań wytrzymałościowych zgodnie z PN EN 1789 wystawione przez niezależną jednostkę notyfikacyjną (załączyć do oferty). |  |  |
| 16. | Dedykowany system mocowania noszy do podłogi przedziału medycznego ambulansu ze sterowaniem elektrohydraulicznym załadunku i rozładunku noszy zgodny z aktualną normą PN EN 1789. |  |  |
| 17. | 24 miesiące - minimalny wymagany okres gwarancji przez |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zamawiającego. |  |  |
| **XIII** | **URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
| 2. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja |  |  |
| 3. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne |  |  |
| 4. | Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC z możliwością regulacji częstości oraz głębokości uciśnięć. |  |  |
| 5. | Aktywna dekompresja - wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę (np. podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację ); w komplecie min. 10 jednorazowych ssawek. |  |  |
| 6. | Źródło zasilania:- akumulator wewnętrzny, - zasilanie DC 12V,- zasilanie AC 230V. |  |  |
| 7. | Czas ładowania akumulatora wewnętrznego max. 120 min. |  |  |
| 8. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230V AC lub 12V DC). |  |  |
| 9. | Ładowarka wewnątrz urządzenia; opcjonalnie możliwość doposażenia zestawu o ładowarkę zewnętrzną. |  |  |
| 10. | Alarmy informujące o nieprawidłowym działaniu urządzenia: dźwiękowe lub w formie komunikatów wyświetlanych w języku polskim na interfejsie użytkownika. |  |  |
| 11. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min. |  |  |
| 12. | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta.Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem max. 12 kg. |  |  |
| 13. | Możliwość bezprzewodowej transmisji danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji. |  |  |
| 14. | Wyposażenie urządzenia: |  |  |
| a | torba lub plecak |  |  |
| b | deska pod plecy |  |  |
| c | pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia |  |  |
| d | pas stabilizacyjny |  |  |
| e | jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (ssawki min. 10 szt.) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| f | akumulator |  |  |
| g | ładowarka do akumulatora |  |  |
| 15. | 24 miesiące - minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego. |  |  |
| **XIV** | **POMPA INFUZYJNA JEDNO STRZYKAWKOWA** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
| 2. | Możliwość zamontowania strzykawek o różnych objętościach 2, 5, 10, 20, 30, 50 ml. |  |  |
| 3. | Proste programowanie i łatwa obsługa. Szybkie wprowadzanie danych przy pomocy klawiatury numerycznej. Możliwość zmiany parametrów bez przerywania infuzji |  |  |
| 4. | Automatyczne chwytanie i rozpoznawanie strzykawek |  |  |
| 5. | Bolus manualny i automatyczny (z zaprogramowaną dawką) Możliwość programowania dawki, czasu lub szybkości podaży. |  |  |
| 6. | Rozbudowany system alarmów:* końca podaży zaprogramowanej objętości
* podana zaprogramowana objętość
* przepływ za mały / za duży
* okluzja
* rozładowania akumulatora
* zanik zasilania sieciowego

 pompa uszkodzona |  |  |
| 7. | Biblioteka leków |  |  |
| 8. | Zasilanie akumulatorowe |  |  |
| 9. | Możliwość ładowania 230/12V.W zestawie przewód zasilający 230V i 12V |  |  |
| 10. | Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie |  |  |
| 11. | Okres gwarancyjny min. 24 miesiące |  |  |
| 12. | Możliwość wykonywania napraw oraz przeglądów przez jednostkę sprzedającą u Zamawiającego |  |  |
| 13. | Certyfikat CE |  |  |
| 14. | Wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych - załączyć do oferty |  |  |
| **XV** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE** |  |  |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
| 2. | Certyfikat CE oraz deklaracja zgodności z aktualną normę EN 1865 - (załączyć do oferty) |  |  |
| 3. | Waga urządzenia max. do 14 kg |  |  |
| 4. | Możliwość transportu pacjenta o wadze powyżej 170 kg |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. | Urządzenie wykonane z materiału odpornego na korozję |  |  |
| 6. | Urządzenie wyposażone w system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach |  |  |
| 7. | Urządzenie wyposażone w wysuwane przednie rączki oraz regulowany górny uchwyt ułatwiający przenoszenie pacjenta |  |  |
| 8. | Urządzenie wyposażone w przednie skrętne kółka z hamulcami oraz tylne o średnicy min. 175 mm ułatwiające poruszanie się po różnych podłożach |  |  |
| 9. | Urządzenie wyposażone w siedzisko i oparcie wykonane z materiały łatwo zmywalnego z możliwością dezynfekcji |  |  |
| 10. | Urządzenie wyposażone w min. 3 pasy zabezpieczające pacjenta podczas transportu |  |  |
| 11. | Wysokość złożonego urządzenia max. 1150 mm |  |  |
| 12. | Gwarancja producenta min. 24 miesiące |  |  |
| **XVI** | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY** |  |  |
|  | Defibrylator fabrycznie nowy. Marka, model, rok produkcji. |  |  |
|  | Załączyć deklarację zgodności z normą EN 60601-2- 4:2011 |  |  |
|  | **Zasilanie** |  |  |
| 1. | Akumulatorowe |  |  |
| 2. | Akumulatory: minimum 2 w zestawie. Czas pracy z jednego akumulatora (przy monitorowaniu) min. 3 godz. |  |  |
| 3. | Ładowarka akumulatorów minimum dwustanowiskowa z możliwością montażu w przedziale medycznym ambulansu. Możliwość ładowania akumulatorów z AC 230V lub DC 12V |  |  |
| 4. | Waga monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg |  |  |
|  | **EKG** |  |  |
| 5. | Zakres wzmocnienie sygnału ekg min. od 0,25-4cm/Mv, min. 8 poziomów |  |  |
| 6. | Ilość kanałów ekg: min. 12 |  |  |
| 7. | Interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta i płci |  |  |
|  | **SpO2 Pomiar saturacji krwi tętniczej** |  |  |
| 8. | Zakres pomiaru min. 50 -100% |  |  |
| 9. | Czujniki SpO2 wielorazowego użytku typu klips na palec dla dorosłych i dla dzieci |  |  |
|  | **NIBP Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** |  |  |
| 10. | Zakres pomiaru min. 40 - 210 mm Hg |  |  |
| 11. | Tryb ręczny i automatyczny |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12. | Metoda pomiaru: oscylometryczna |  |  |
|  | **EtCO2 Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym** |  |  |
| 13. | Zakres pomiaru EtCO2 0-99 mmHg |  |  |
|  | **Defibrylacja** |  |  |
| 14. | Łyżki twarde defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci |  |  |
| 15. | Defibrylacja ręczna |  |  |
| 16. | Defibrylacja półautomatyczna AED |  |  |
| 17. | Dostarczana energia w zakresie min. 5 - 360 J |  |  |
| 18. | Możliwość manualnego wyboru poziomu energii zewnętrznej - min. 25 poziomów |  |  |
| 19. | Dwufazowa fala defibrylacji |  |  |
| 20. | Kardiowersja |  |  |
|  | **Stymulacja przezskórna serca** |  |  |
| 21. | Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna |  |  |
| 22. | Zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 - 150 / minutę |  |  |
| 23. | Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -180 mA |  |  |
|  | **Ekran** |  |  |
| 24. | Przekątna ekranu > 8 cala |  |  |
| 25. | Kolorowy LCD TFT |  |  |
| 26. | Funkcja - dobrej widoczności w dużym oświetleniu |  |  |
|  | **Reanimacja krążeniowo - oddechowa** |  |  |
| 27. | Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani) |  |  |
| 28. | Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji |  |  |
|  | **Drukarka** |  |  |
| 29. | Szerokość papieru min. 90 mm |  |  |
| 30. | Ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 |  |  |
| 31. | Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek.) |  |  |
|  | **Inne wymagania** |  |  |
| 32. | Możliwość archiwizacji wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 33. | Możliwość transmitowania zapisu ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do wszystkich stacji odbiorczych w województwie łódzkim. |  |  |
| 34. | Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania |  |  |
| 35. | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44 |  |  |
| 36. | Impregnowana torba do noszenia na ramieniu z kieszeniami na akcesoria i materiały zużywalne |  |  |
| 37. | Certyfikowany uchwyt montażowy urządzenia w przedziale medycznym ambulansu drogowego zgodny z normą PN-EN 1789 |  |  |
| 38. | Modem teletransmisji danych 4G |  |  |
| 39. | 24 miesiące - minimalny wymagany okres gwarancji przez Zamawiającego. |  |  |

\* wypełnia Wykonawca

**UWAGA!!!**

**Brak wpisu w polach parametr oferowany lub niespełnienie zapisów poszczególnych warunków parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty Wykonawcy.**

podpis **elektroniczny kwalifikowany**

lub podpis **zaufany** lub **osobisty**

osoby/-ób uprawnionej/-ych

 do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika