**Formularz ofertowy cz. nr 1 zamówienia, ambulans typ „B” Tabela nr 5 opis techniczny pojazdu bazowego :**

**korekta z dnia 04-06-2024**

***Nie załączać do oferty – dopiero na wezwanie Zamawiającego***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Obszar** | | **Lp.1** | | **Opis wymaganych minimalnych warunków  i parametrów techniczno-użytkowych** | | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane : \***(opisać, podać parametry) |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | 6 |
| 1. | | Nadwozie, ochrona, bezpieczeństwo : | | 1.1 | | Furgon, podwyższony, o wysokości i długości zapewniającej parametry opisane w tabeli 5.1, oddzielne siedzenia w kabinie kierowcy, czołowe poduszki bezpieczeństwa dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy - boczne poduszki-kurtyny bezpieczeństwamontowane fabrycznie w pojeździe bazowym **- kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** | |  | \* Podać markę , typ, model pojazdu bazowego |
| 1.2 | | stopień drzwi tylnych antypoślizgowy pełniący jednocześnie funkcję zderzaka | |  |  |
| 1.3 | | drzwi tylne wysokie przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierane na boki o kąt min. 250o, z systemem blokowaniaprzy otwarciu | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie, podać kąt otwarcia drzwi |
| 1.4 | | kolor nadwozia: żółty RAL1016 | |  |  |
| 1.5 | | centralny zamek na wszystkie drzwi + immobiliser + autoalarm sterowany pilotem | |  |  |
| 1.6 | | dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera  w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze | |  |  |
| 1.7 | | lusterka zewnętrzne podgrzewane, sterowane elektrycznie | |  |  |
| 1.8 | | szyby boczne w kabinie kierowcy odsuwane elektrycznie | |  |  |
| 1.9 | | fabrycznie montowana szyba czołowa podgrzewana elektrycznie, niezależnie od systemu nawiewu ciepłego powietrza **–** montowana fabrycznie w pojeździe bazowym **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.10 | | regulacja kolumny kierownicy min. w dwóch płaszczyznach lub regulacja fotela kierowcy w min. 3 płaszczyznach : góra-dół, przód-tył, pochylenie oparcia | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | | 1.11 | | sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy – o niedomknięciu którychkolwiek drzwi | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.12 | | automatyczny, elektryczny system domykania drzwi przesuwnych lewych i prawych - montowany fabrycznie w pojeździe bazowym (**kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** | |  |  |
| 1.13 | | drzwi boczne lewe fabrycznie bez szyby - | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.14 | | reflektory doświetlające zakręt przy skręciepojazdu, włączające się automatycznie w momencie skręcenia kół przez kierowcę | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.15 | | automat załączania świateł dziennych lub światła do jazdy dziennej LED włączane automatycznie | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.16 | | reflektory przeciwmgielne przednie | |  |  |
| 1.17 | |  | |  |  |
| 2. | | Silnik : | | 2.1 | | Turbodiesel – z podgrzewaniem na postoju, ułatwiającym rozruch – **spełniający obowiązującą na dzień dostawy normę emisji spalin:** zużycie energii nie większe niż **4,72MJ/km** | |  | \*Podać, normę emisji spalin, zużycie energii w MJ/km, zgodnie z zapisami w świadectwie homologacji |
|  | |  | | 2.2 | | moc silnika **min.** **160 KM,** maksymalny moment obrotowy **min**. **350 Nm** | |  | \*Podać pojemność, moc silnika w KM oraz maksymalny moment obrotowy w Nm – i przy jakich obrotach osiągany |
| 2.3 | | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70 L | |  | \*Podać pojemność zbiornika paliwa |
|  | |  | | 2.4 | | Grzałka elektryczna do podgrzewania silnika działająca na postoju, po podłączeniu do sieci 230V – dopuszczona grzałka w układzie smarowania silnika | |  |  |
| 3. | | Trakcja | | 3.1 | | skrzynia biegów manualna min. 5-biegowa + bieg wsteczny | |  | \*Podać rodzaj skrzyni biegów – ile biegów |
|  | |  | | 3.2 | | napęd : na oś przednią lub tylną | |  | \*Podać : przedni czy tylny |
|  | |  | | 3.3 | | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy | |  | \*Podać nazwę,. |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
| 4. | | Hamulce | | 4.1 | | z systemem antypoślizgowym ABS | |  |  |
|  | |  | | 4.2 | | system wspomagania nagłego hamowania BAS albo równoważny **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** | |  | \*Podać nazwę, |
|  | |  | | 4.3 | | elektroniczny układ rozdziału siły hamowania **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** | |  | \*Podać nazwę, |
| 5. | | Układ kierowniczy | | 5. | | wspomaganie układu, | |  |  |
| 6. | | Koła i ogumienie | | 6. | | kpl. kół założonych na pojeździe z oponami letnimi + koło rezerwowe / **dopuszczalny zestaw naprawczy koła** **+ dodatkowo cztery koła kompletne z oponami zimowymi** | |  | \*Wpisać jakie zaoferowano rozwiązanie |
| 7. | | Wentylacja | | 7. | | Zapewniająca min. 20 krotną wymianę powietrza na godzinę w czasie postoju pojazdu | |  |  |
| 8. | | Zawieszenie | | 8. | | Wzmocnione amortyzatory, wzmocnione stabilizatory osi przedniej i tylnej | |  | \*Opisać czy wskazane elementy są wzmocnione, potwierdzenie w dokumencie producenta: folder, katalog… |
|  | | | | | | | | | |
| **Formularz ofertowy - część nr 1 zamówienia, ambulans typ „B”**  **Tabela nr 5a. opis skompletowanego ambulansu sanitarnego z zabudową specjalistyczną** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Ambulans powinien spełniać jednocześnie : wymagania zapisane w tabeli **nr 5 i 5a** oraz warunki zgodne z obowiązującymi przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia, **wymagania aktualnych wersji norm; PN EN 1789** (ambulans typu B ) **oraz PN-EN 1865** (dla urządzeń do transportowania pacjentów) – lub równoważnych**,** wymogi dotyczące oznakowania ambulansu zawarte w załączniku nr 2 do Rozporządzeniu Min. Zdrowia z dnia 17.12.2019 r. oraz pozostałe wymogi określone przez Zamawiającego. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Obszar** | | **Lp.1** | | **Opis wymaganych minimalnych warunków  i parametrów techniczno-użytkowych** | | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane**  **\***(opisać, podać parametry) |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | 6 |
| 1. | | Nadwozie : | | 1.1 | | Oznakowanie pojazdu:  - pasy odblaskowe w/g Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. w szczególności :  a) pas odblaskowy z folii **typu 3** barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli - szerokość **min. 15 cm**, **max. 20 cm**;  b) pas odblaskowy z foli **typu 1 lub 3** barwy czerwonej umieszczony **wokół** dachu – szerokość **min. 15 cm**, **max. 20 cm**;  c) pas odblaskowy z folii **typu 1** barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) szerokość **min. 15 cm**, | |  | \* |
| 1.2 | | a) napis lustrzany "AMBULANS" z przodu pojazdu o wysokości min. 22 cm  b) napis „AMBULANS” z tyłu pojazdu o wysokości min. 10 cm, w.g Rozporządzenia. | |  |  |
| 1.3 | | napis "**PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE**" na mat. odblask. wpisany  w okrąg z krzyżem w środku ; na bocznych ścianach ambulansu, na przedniej części dachu i na tylnych drzwiach – wg Rozporządzenia. | |  |  |
| 1.4 | | dodatkowe emblematy „**P**” lub „**S**” po obu stronach pojazduoraz na drzwiach tylnych –**do uzgodnienia po podpisaniu umowy** | |  | Wycięte emblematy „P” i „S” – bez przyklejania |
| 1.5 | | **logo Zamawiającego** na drzwiach kabiny po obu stronach pojazdu **- do uzgodnienia po podpisaniu umowy** | |  |  |
|  | |  | | 1.6 | | czterocyfrowe numery ewidencyjne pojazdu o wysokości cyfr - 8 cm, umieszczone z przodu po prawej stronie nad szybą czołową i z tyłu po prawej stronie na górze – **do uzgodnienia po podpisaniu umowy** | |  |  |
|  | |  | | 1.7 | |  | |  |  |
|  | |  | | 1.8 | | drzwi boczne prawe przesuwne, przeszklone, z szybą odsuwaną, **stopień wejściowy stały**, **lub wysuwany obrotowo**, wewnętrzny lub zewnętrzny, bezpoślizgowy - umiejscowienie stopnia oraz jego pozycja muszą zapewniać pewne i bezpieczne wejście oraz wyjście, a jednocześnie nie może ograniczać prześwitu do progu nadwozia i stwarzać zagrożenia uderzania w krawężniki przy parkowaniu lub wjeżdżaniu na chodnik – max. wysokość powierzchni stopnia od jezdni 51 cm przy nominalnym obciążeniu bez pasażerów. | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie dotyczące stopnia wejściowego. |
|  | |  | | 1.9 | | Krawędź podłogi przy wejściu zabezpieczona bezpoślizgowym kątownikiem z tworzywa sztucznego lub metalu | |  |  |
|  | |  | | 1.10 | | Krawędzie progów drzwi kabiny kierowcy L+P strona zabezpieczone przed ścieraniem lakieru nakładkami z tworzywa sztucznego – dopuszczone zabezpieczenie progów specjalistyczną folią ochronną, pod warunkiem objęcia gwarancją na minimum 60 miesięcy | |  | \*opisać oferowane rozwiązanie |
|  | |  | | 1.11 | | Lampka typu LED nad siedzeniem pasażera, umożliwiająca czytanie lub pisanie w nocy | |  |  |
|  | |  | | 1.12 | | **Uchwyt do tabletu** montowany w kokpicie kierowcy -  **o**pis w pkt. 7.6 i tabeli nr 6 | |  | \* Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | |  | | 1.13 | | **Miejsce wraz z podstawą mocującą,** **z wyprowadzonymi kablami**, do zamontowania drukarki HP Officejet 200 lub równoważnej z podstawą, jeżeli na ściance działowej do kabiny kierowcy, nad blatem roboczym, to w takim miejscu aby nie blokowała dostępu do blatu roboczego i aby był możliwy swobodny załadunek papieru do drukarki. - Opis w Tabeli nr 6 | |  | \*podać umiejscowienie podstawy mocującej drukarkę |
| 2. | | Ogrzewanie regulowane: | | 2.0 | | Możliwość ustawienia żądanej temperatury we wnętrzu kabiny kierowcy i przedziale pacjenta, dla wszystkich urządzeń | |  |  |
| od silnika,  z możliwością regulacji | | 2.1 | | kabiny kierowcy | |  |  |
| 2.2 | | przedziału pacjenta | |  |  |
| Niezależne, z możliwością regulacji | | 2.3 | | niezależne od pracy silnika: ogrzewanie powietrzne / wodne lub mieszane kabiny kierowcy i przedziału pacjenta w trakcie jazdy ambulansu i na postoju, gdzie nie ma możliwości podłączenia zasilania z sieci energetycznej, – **moc min. 5kW**­ – | |  | \* Podać markę i typ urządzenia (powietrzne/wodne) oraz moc w kW |
| postojowe, dodatkowe z automatycznym wyłącznikiem | | 2.5 | | z sieci 230 V - dodatkowy, podgrzewacz przedziału pacjenta o **mocy min. 1800 W** - zamocowany w taki sposób, aby wylot ogrzanego powietrza skierowany był do środka przedziału | |  | \* Podać markę i typ urządzenia oraz moc w W |
| 3. | | klimatyzacja | | 3.1 | | klimatyzacja **dwuparownikowa**  z niezależną regulacją temperatury i nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału pacjenta | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 4. | | Instalacja elektryczna | | 4.1 | | wzmocniony alternator o mocy maksymalnej minimum **2520W – 180 A** przy napięciu 14V | |  | \*Podać moc alternatora lub prąd max. przy napięciu 14 V |
|  | |  | | 4.2 | | dwa akumulatory typu AGM o pojemności sumarycznej **min. 170 Ah** - jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału pacjenta - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V. Widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o niedoładowaniu któregokolwiek. | |  | \*Podać pojemności akumulatorów |
|  | |  | | 4.3 | | zasilanie zewn. 230V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika. Układ zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie akumulatorów - jeden prostownik o min. **rzeczywistej** **wydajności prądowej min 20A** lub dwa prostowniki oddzielnie dla akumulatora rozruchowego, oddzielnie dla przedziału pacjenta - **z automatycznym zabezpieczeniem przed jego awarią oraz przeładowaniem akumulatorów – w kabinie kierowcy widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju.** | |  |  |
|  | |  | | 4.4 | | Przetwornica DC-AC min. 1 kVA zapewniająca napięcie AC 230V w zamontowanych gniazdach – włączane niezależnie wyłącznikiem na panelu sterującym | |  |  |
|  | |  | | 4.5 | | **3gniazda 230 V** w przedziale pacjenta z bezpiecznikami zabezpieczającymi, w tym dwa w okolicach środkowej części przedziału medycznego na lewej ścianie oraz jedno do zasilania dodatkowego podgrzewacza elektrycznego | |  |  |
|  | |  | | 4.6 | | **~~4~~ gniazda 12 V** **typu Lexel lub równoważne,** w przedziale pacjenta(w przypadku dostawy ambulansu z gniazdami innego typu wymaga się by do każdego ambulansu dostarczony był komplet tj. 4 szt. przejściówek umożliwiający wpinanie do gniazd ambulansu urządzeń Zamawiającego z wtyczkami typu Lexel) - z bezpiecznikami zabezpieczającymi | |  | \* Podać typ gniazd |
|  | |  | | 4.7 | | Oddzielone od podstawowego obwodu elektrycznego pojazdu obwody elektryczne ambulansu, oznakowane i zabezpieczone niezależnie. Udostepnienie odpowiedniego schematu rozmieszczenia poszczególnych bezpieczników i przekaźników sterujących   na obudowie skrzynki sterującej lub na ścianie tylnej kabiny kierowcy. Przewody instalacji elektrycznej umieszczone w osłonach (korytka, peszle) prowadzone i umocowane tak, aby nie było możliwości przypadkowego ich uszkodzenia | |  | \* |
|  | |  | | 4.8 | | Przewód zasilania zewnętrznego 230V o długości **co najmniej 6 m** | |  |  |
|  | |  | | 4.9 | | Wszystkie urządzenia zabudowy specjalistycznej muszą być połączone elektrycznie za pomocą solidnych, rozłączalnych złącz (wsuwanych, zaciskanych, skręcanych) - **bez lutowania** | |  |  |
| 5. | | Przedział pacjenta | | 5.1 | | minimalne wewn. wymiary przedziału pacjenta : **wysokość min.** **1,80 m,** mierzona pionowo, na środku długości noszy - od podłogi do sufitu, **długość min. 3,00** **m**, mierzona poziomo, od płaszczyzny zamkniętych drzwi przesuwnych do kabiny kierowcy, do płaszczyzny zamkniętych drzwi tylnych, **szerokość min. 1,70** **m,** mierzona poziomo pomiędzy ścianami bocznymi. (**Wymiary minimalne kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2 :** wysokość min. **1,84 m**, długość min. **3,20 m**, szerokość min. **1,70 m -** mierzone jak wyżej**)** | |  | \*Podać wymiary przedziału pacjenta |
| 5.2 | | przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu medycznego. (dla mo żliwości szybkiej bezproblemowej zamiany ambulansu lub sprzętu, **zamocowane co najmniej 2 poziome szyny mocujące** do których mogą być łatwo przykręcane, w różnych kombinacjach co najmniej 3 **uniwersalne płyty mocujące** (płyty z blachy nierdzewnej lub aluminiowe), do których można mocować niezależnie : uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, szynę Modura do zamocowania respiratora lub p-py infuzyjnej oraz inny sprzęt w dowolnej konfiguracji - **kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2) -** szyny muszą być tak zamocowane, aby po zamontowaniu sprzętu medycznego nie kolidował on z pacjentem umieszczonym na noszach, a dostęp do wszystkich szafek i schowków nie był ograniczony. Wysokość miejsca dla defibrylatora; w szczególności Lifepak 15 musi zapewniać możliwość otworzenia ramienia zabezpieczającego do góry tak, aby możliwe było zablokowanie ramienia w górnym położeniu i wyjęcie defibrylatora bez potrzeby trzymania ręką podniesionego ramienia. | |  | \* Opisać oferowane rozwiązanie – może być w załączeniu rysunek lub zdjęcie |
| 5.3 | | Szyna Modura o długości 50 cm zamontowana na ścianie lewej lub 30 cm na jednej z płyt mocujących **do uzgodnienia po podpisaniu umow**y | |  |  |
| 5.4 | | izolacja termiczna ścian i sufitu przedziału medycznego oraz pawlacza nad kabiną kierowcy-(jeżeli jest zamontowany) | |  |  |
| 5.5 | | **1 fotel** składany zamontowany obok noszy, wyposażony w pasy bezpieczeństwa mocowane 3-punktowo oraz zagłówki przystosowane dla osób o wzroście w zakresie min. od 150-200 cm, zagłówki regulowane lub zintegrowane | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie, |
| 5.6 | | **1 miejsce** siedzące ze składanym siedziskiem, wyposażone w pas bezpieczeństwa oraz zagłówek przystosowany dla osób o wzroście w zakresie min. od 150-200 cm (zagłówek regulowany lub zintegrowany), z możliwością jazdy tyłem do kierunku jazdy, umieszczone za głową pacjenta, posiadające możliwość złożenia i w razie potrzeby przesunięcia siedzenia, aby możliwe było swobodne przejście do kabiny kierowcy | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 5.6.a | | konieczność sygnalizacji niezapiętych pasów bezpieczeństwa w przedziale medycznym – alarm pasów bezpieczeństwa powinien wizualnie lub akustycznie ostrzegać kierowcę – o niezpiętym pasie na którymkolwiek zajętym siedzeniu w przedziale medycznym – w czasie jazdy pojazdu. | |  | \*Opisać jak działa oferowany alarm |
| 5.7 | | podłoga wyłożona wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalną, połączoną szczelnie z pokryciem boków tak, aby część wychodząca na ścianę boczną nie tworzyła kanciastej krawędzi i była zabezpieczona tak aby nie było możliwe odklejanie się części wychodzącej na ścianę boczną | |  |  |
| 5.8 | | ściany boczne, sufit, półki, szafki wykonane z materiału łatwo zmywalnego, odpornego na działanie środków myjąco odkażających, bez ostrych krawędzi, w kolorze białym, tak zamontowane, aby w czasie jazdy ambulansu nie powodowały drgań i związanych z tym dokuczliwych dźwięków | |  |  |
| 5.9 | | przegroda pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem pacjenta z drzwiami przesuwnymi o wysokości otworu min. 165 cm, wysokość mierzona w linii drzwi, pionowo od powierzchni podłogi w kabinie kierowcy do górnej krawędzi otworu drzwi, wysokość min. 175 cm (**kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2 )** | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie, podać wysokość otworu drzwi mierzonego od podłogi w kabinie kierowcy |
| 5.9.a | | blokada możliwości jazdy ambulansu przy otwartych drzwiach pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem pacjenta. | |  |  |
| 5.10 | | schowek wewnętrzny na dodatkowe wyposażenie ortopedyczne z łatwym dostępem w każdych warunkach (unieruchomienia kończyn, miednicy, kręgosłupa) | |  |  |
| 5.11 | | szafki na leki z zamknięciem uniemożliwiającym samoczynne otwarcie w czasie jazdy | |  |  |
| 5.12 | | na ścianie działowej przy wejściu zespół szafek, miejsca do mocowania walizki lub torby medycznej, wyjmowane do wewnątrz przedziału medycznego z jednoczesnym dostępem z zewnątrz poprzez drzwi boczne prawe oraz z blatem roboczym (wykończonym twardym materiałem np. blachą nierdzewną,)- taka ilość szuflad | |  |  |
| 5.13 | | podgrzewacz płynów infuzyjnych (termobox) - umożliwiający automatyczne utrzymanie temperatury płynów w nim przechowywanych na poziomie regulowanym w zakresie od 20-36 st. C, dopuszczalny zakres 25 – 37 st. C, zarówno na postoju , jak i w czasie ruchu ambulansu (o każdej porze roku.), pojemność min. 3 l. | |  |  |
| 5.14 | | miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem – zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków | |  |  |
| 5.15 | | uchwyty sufitowe do płynów infuzyjnych min. 3 | |  |  |
| 5.16 | | uchwyty sufitowe dla personelu umieszczone wzdłuż noszy oraz uchwyty przy drzwiach bocznych prawych i tylnych przedziału pacjenta ułatwiające wsiadanie | |  |  |
| 5.17 | | **Miejsce, na 2 butle tlenowe duże** (8-10L), **uchwyty i gniazdo butli uniwersalne dla butli:** owysokości min. 90 cm – max. 102 cm, o średnicy min. 14 cm max.18 cm **z łatwo rozłączalnymi i regulowanymi uchwytami wyposażonymi w elementy tłumiące drgania,** - tak umiejscowione, aby w każdych warunkach z zewnątrz oraz z przedziału pacjenta możliwy był dostęp do zaworów, obserwacja ciśnieniomierzy oraz bezproblemowa wymiana butli – z zewnątrz pojazdu – rekomendowane umieszczenie w zabudowie zewnętrznej za lewymi drzwiami przesuwnymi. | |  | \*opisać oferowane rozwiązanie i umiejscowienie uchwytów |
| 5.18 | | M**iejsce i uchwyty regulowane z elementami tłumiącymi drgania na 2 butle tlenowe małe** (2 L) bez zaworu LIV lubze zintegrowanym zaworem LIV  **- dla butli:** owysokości min. 45 cm max. 50 cm, o średnicy min. 10,2 cm, max. 12,5 cm, **z rozłączalnymi uchwytami wyposażonymi w elementy tłumiące drgania.** | |  | \*opisać oferowane rozwiązanie |
| 5.19 | | miejsce z uchwytami do mocowania noszy podbierających, **mocowanie za pomocą** **regulowanych pasków, uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania,** | |  | \* |
| 5.20 | | miejsce z uchwytami do mocowania desek ortopedycznych : dużej **o wysokości** **do 183 cm, szerokości min 46** **cm**, **grubości min. 7 cm** – i małej dla dzieci, **mocowanie za pomocą regulowanych pasków, uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania**– w zabudowie zewnętrznejza lewymi drzwiami przesuwnymi – zapewnienie miejsca zastępczego z paskami mocującymi w przedziale medycznym np. na dole przy lewej ścianie na dłuższą deskę | |  | \*w razie braku miejsca w zabudowie zewnętrznej na bardzo długą deskę – niezależne miejsce wewnątrz przedziału pacjenta z paskami mocującymi |
| 5.21 | | miejsce z uchwytami do mocowania krzesełka kardiologicznego „**schodowego**” –- **o wysokości min. 113, szerokości min. 55 cm, głębokości min. 22 cm -** **mocowanie za pomocą regulowanych pasków** – **uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania .** | |  | \*opisać, gdzie znajduje się to miejsce |
| 5.22 | | okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową | |  |  |
|  | |  | | 5.23 | | miejsce wraz z mocowaniem 3 kasków ochronnych, | |  |  |
|  | | 5.24 | | zamocowany na ścianie **panel sterujący** służący do sterowania i regulacji :  - oświetlenia przedziału,  - temperatury w termoboxie  - systemu ogrzewania i klimatyzacji  przedziału z funkcją automatycznego utrzymywania nastawionej temperatury (nie więcej jak do 25oC przy niskich temperaturach zewnętrznych),  Ponadto posiadający funkcje wyświetlania aktualnego czasu oraz temperatury w przedziale i na zewnątrz jak również w termoboxie oraz wyłącznik napięcia 230 V z przetwornicy – dopuszczone: sterowanie dotykowe oraz na mikrowyłącznikach (mikrostycznikach) | |  |  |
|  | |  | | 5.25 | | Miejsce do mocowania przenośnego urządzenia do kompresji klatki piersiowej typ Lucas – wymiary w stanie złożonym w pokrowcu (plecaku) 65x33x25 cm, waga ok. 10 kg | |  | \*Opisać zastosowane rozwiązanie wraz z lokalizacją miejsca |
| 6. | | Oświetlenie  i  sygnalizacja: | | 6.1 | | świetlna : na dachu belka świetlna z lampami LED błyskowymi, lampa błyskowa LED z tyłu (kogut) dopuszczona niska belka - dwie lampy sygnalizacyjne pulsujące LED na wysokości pasa przedniego, dodatkowe dwie lampki sygnalizacyjne pulsujące umieszczone na błotnikach przednich lewym i prawym, obudowa o kształcie opływowym – nie kanciasta – **wszystkie lampy emitujące światło w kolorze niebieskim –** dopuszczona niska belka świetlna z tyłu nadwozia | |  | \* |
| 6.2 | | dźwiękowa : elektryczna, modulowana o mocy nie mniejszej niż 100 W, z możliwością przekazywania komunikatów głosem - głośnik umieszczony poniżej linii dolnej szyby czołowej + dodatkowo pneumatyczna ciągłego działania, lub elektryczna niskotonowa | |  | \*Podać typy urządzeń i moc |
| 6.3 | | lampy świateł pozycyjnych na drzwiach tylnych działające po ich otwarciu | |  |  |
| 6.4 | | reflektory zewnętrzne LED lub halogenowe, po dwa z lewej i prawej strony nadwozia, do oświetlenia miejsca akcji | |  |  |
| przedziału pacjenta | | 6.5 | | **sygnalizacja wizualna i dźwiękowa:** kamera + wyświetlacz w kabinie kierowcy oraz sygnał ostrzegający go o zbliżaniu się do przeszkody na odległość mniejszą niż 100 cm, podczas wykonywania manewru cofania ambulansu. Strefa z tyłu ambulansu obejmujące zakresem działania przeszkody o wysokości od 30 do 250 cm, znajdujące się bezpośrednio za pojazdem, | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 6.6 | | oświetlenie przedziału pacjenta - powinno być zgodne z zapisami aktualnej normy PN-EN 1789, pkt. 4.4.8 – tablica 8. **Uwaga !** Barwa oświetlenia „**ciepła-neutralna**” **3500-4300 K** maksymalnie. | |  |  |
| 6.7 | | włączenie/wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu/zamknięciu drzwi przedziału pacjenta | |  |  |
| 6.8 | | oświetlenie pawlacza nad kabiną kierowcy włączające się automatycznie po jego otwarciu - (jeżeli pawlacz jest zamontowany) | |  | \*jeżeli jest pawlacz |
| 7. | | Łączność | | 7.1 | | zamocowana na dachu ambulansu antena wg PAR o impedancji 50 Ohm dla f=168-170 Mhz - z gniazdem i przewodem doprowadzonym do miejsca mocowania radiotelefonu | |  |  |
| 7.2 | | miejsce z uchwytem do mocowania radiotelefonu, wraz z doprowadzonym zasilaniem 12V-z zabezpieczeniem prądowym | |  |  |
| 7.3 | | **antena GPS** – 1575,42 MHz, impedancja 50 Ohm, zysk min. 26 dB, wodoodporna, temp. pracy -40-+85 st.C, zasilanie z instalacji pojazdu 12-14V, na dach pojazdu – kabel anteny wyprowadzony w kabinie kierowcy – w miejscu montażu GPS, i miejscu montażu Tabletu – (stacji dokującej) | |  |  |
| 7.4 | | **2 anteny GSM** – 900/1800 MHz – długości 100 mm, zewnętrzne (na dach) – kabel wyprowadzony w kabinie kierowcy – w miejscu montażu modułu GPS i miejscu montażu Tabletu – (stacji dokującej) | |  |  |
| 7.5 | | Urządzenia stanowiące wyposażenie ambulansu muszą być tak skonstruowane  i zamontowane aby nie emitować pól elektromagnetycznych mogących zakłócać pracę sprzętu łączności oraz medycznego przewidzianego do pracy w ambulansie  w czasie jazdy jak i na postoju | |  | \* Opisać czy zastosowano jakieś rozwiązania w tym względzie |
|  | |  | | 7.6 | | Przystosowanie miejsca w kabinie kierowcy do zamontowania stacji dokującej do tabletu, poprzez zamontowanie na kokpicie kierowcy uchwytu zakończonego łącznikiem kulowym  o średnicy 1,5 cala, który powinien wystawać przed powierzchnię kokpitu na taką odległość, aby można było swobodnie zamocować na nim ramię łącznika RAM-201U-B o długości 3,5 cala łączące komponenty 1,5 calowe. Adres strony internetowej ramienia łącznika: <http://www.rammount24.pl/product-pol-270-Ramie-o-dlugosci-3-50-cala-Wspolpracuje-z-komponentami-o-srednicy-1-5-cala.html> Zamontowanie ramienia łącznika do uchwytu.  Dopuszczalne jest rozwiązanie równoważne  z zachowaniem poniższych warunków: mocowanie musi umożliwić bezkolizyjny montaż stacji dokującej tablet : wysokość dolnej krawędzi stacji co najmniej na wysokości górnej powierzchni poduszki siedzenia pasażera, dostępność do tabletu dla pasażera z jego miejsca siedzenia, możliwość przejścia pasażera i kierowcy bezpośrednio do przedziału pacjenta przez przejście wewnętrzne. | |  |  |
|  | |  | | 7.7 | | Wyprowadzenie w odpowiednich miejscach, uzgodnionych z Zamawiającym, odpowiednio zabezpieczonych wiązek przewodów zasilających urządzenia SWD PRM, wg specyfikacji opisanej w Tabeli nr 6. | |  |  |
| 8. | | Centralna instalacja  tlenowa,  i próżniowa | | 8.1. | | **2 gniazda tlenowe** na ścianie bocznej - monoblokowe, **panel typu AGA** + wtyki dla podłączeń zewn. **+ gniazdo na suficie,** Do oferty złączyć Certyfikat zgodności z dyrektywą 93/42/EWG | |  | \*Podać markę i typ gniazd i panelu |
| 8.2 | | Pompa próżniowa + **1 gniazdo próżni** z regulacją siły ssania + kosz + słój o pojemności 0,9-1,2 l. z zaworem przelewowym + /przewód pacjenta/ - dopuszczony ssak elektryczny przenośny | |  | \* Opisać oferowane rozwiązanie |
| 9. | | Obsługa techniczna pojazdu, wymagania techniczne | | 9. | | planowy przegląd techniczny min. co 10.000 km lub system ASYST albo równoważny; wskazujący moment koniecznego wykonania przeglądu | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | | 9.1 | | zabudowa specjalistyczna musi zapewniać **swobodny dostęp** do wszystkich wymiennych elementów zabudowy wewnętrznej i zewnętrznej zwłaszcza takich jak : lampy sygnalizacyjne, belki sygnalizacyjne, lampy boczne, lampy dachowe, sygnały dźwiękowe , dmuchawy, pompy, sprężarki, prostowniki, anteny etc… , na wypadek awarii lub uszkodzenia mechanicznego, bez konieczności demontażu elementów zabudowy przedziału medycznego, zwłaszcza, wycinania otworów, odklejania ścian, szafek, mocowań itp… | |  |  |
|  | | 9.2 | | **Wykonawca musi zapewnić** w okresie min. 7 lat od daty przekazania ambulansu Zamawiającemu dostępność wszystkich elementów sprzętowych zabudowy specjalistycznej, takich samych jak zamontowane pierwotnie lub innych równoważnych; całkowicie kompatybilnych zarówno pod względem mechanicznym, jak również elektrycznym i elektronicznym, aby możliwa była naprawa lub wymiana zepsutego lub uszkodzonego osprzętu, bez potrzeby jakichkolwiek przeróbek lub modernizacji w pojeździe. Dotyczy to wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie w ramach adaptacji samochodu ciężarowego na ambulans sanitarny. | |  | \*Oświadczenie, że Wykonawca zapewni |
| 10. | | Wyposażenie: | | 10.1 | | kpl.awaryjny do kół \* : klucz do kół, podnośnik, | |  |  |
| 10.2 | | trójkąt odblaskowy | |  |  |
| 10.3 | | apteczka samochodowa | |  |  |
| 10.4 | | 2 gaśnice z mocowaniami; jedna w kabinie kierowcy, druga w przedziale pacjenta | |  |  |
|  | |  | | 10.5 | | urządzenie do wybijania szyb oraz nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa **Uwaga** : nóż i młotek nie powinny być zamocowane tuż przy fotelu bocznym – możliwość niekontrolowanego użycia przez pacjenta… | |  |  |
| 11. | | Nosze główne | | **11.** | | wielofunkcyjne samojezdne nosze z oddzielnym transporterem i częścią noszową | |  | Podać markę i typ noszy; |
| a) | | pokrycia noszy powinny być wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, plamy i zgniliznę, łatwego do czyszczenia, zmywalnego, odpornego na wodę oraz olej napędowy | |  |  |
| b) | | nosze i transporter powinny być pomalowane farbą wodoodporną lub w inny sposób zabezpieczone przed powstawaniem zadrapań albo być wykonane z materiału odpornego na korozję. Obie wersje powinny być odporne na środki dezynfekujące. | |  |  |
| c) | | wszystkie mechanizmy powinny być skonstruowane w sposób zapobiegający uszkodzeniom ciała użytkownika oraz pacjenta, powinno być możliwe zablokowanie i zabezpieczenie noszy oraz podstawy przed ruchami bocznymi, wzdłużnymi, pionowymi  i ukośnymi | |  |  |
| d) | | nosze muszą posiadać trwałe oznakowanie, najlepiej graficzne elementów związanych z ich obsługą | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| e) | | rok produkcji (nie wcześniej jak 2024 r) | |  | \*podać rok produkcji zestawu |
| f) | | wyrób zgodny z aktualną wersją normy: PN-EN 1865, lub równoważną i z dyrektywą 93/42/EWG dla wyrobu medycznego. | |  | **\*** do oferty należy załączyć dokumenty: certyfikat lub deklarację zgodności z normą EN 1865 lub równoważną i dokument potwierdzenia zgodności  z dyrektywą 93/42/EWG dla wyrobu medycznego. |
| **11.1.** | | **Nosze główne** dwuczęściowe: nosze + transporter rozdzielane **- część noszowa** powinna odpowiadać poniższym wymaganiom: | |  |  |
| e) | | przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę pod materacem | |  |  |
| f) | | możliwość ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz zmniejszającej napięcie mięśni brzucha | |  |  |
| g) | | płynne uniesienie tułowia do kąta min. 75o | |  | \*Podać max. kąt uniesienia tułowia |
| h) | | składany teleskopowo statyw na kroplówki z mocowaniem | |  |  |
| i) | | zagłówek mocowany do ramy noszy z możliwością regulacji oparcia głowy co najmniej w trzech pozycjach: 1-na wznak, 2-odgięcie głowy do tyłu, 3-przygięcie głowy do przodu | |  |  |
| j) | | stabilizator głowy pacjenta | |  |  |
| k) | | nosze powinny być wyposażone w pasy bezpieczeństwa z szybkorozłączalnymi zapięciami wraz z systemem pasów szelkowych **+ zestaw pasów dla dzieci** | |  |  |
| l) | | powinny posiadać uchwyty boczne do podnoszenia, przenoszenia noszy przez więcej niż 2 osoby | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| **11.2** | | **Transporter noszy:** | |  |  |
| a) | | wielopoziomowy z regulacją wysokości w min. 6 poziomach, z niezależną regulacją przedniej i tylnej części | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| b) | | system składanego podwozia zapewniający łatwy załadunek do ambulansu. W przypadku lawety z automatycznym systemem za i wyładunku - w pełni kompatybilny z systemem automatycznego za i wyładunku noszy do ambulansu. | |  |  |
| c) | | cztery kółka jezdne o średnicy minimum 12 cm | |  | \*Podać średnicę kółek jezdnych |
| d) | | możliwość skrętu wszystkich czterech kółek jezdnych, opisanych w ppkt. c),  tak aby możliwy był transport na wprost i bokiem - przy jeździe na wprost automatyczna blokada co najmniej 2 kółek | |  |  |
| e) | | możliwość zahamowania co najmniej 2 kółek | |  |  |
| f) | | ciężar transportera nie więcej niż 28 kg | |  | \* Podać ciężar |
| g) | | dopuszczalne obciążenie transportera min. 200 kg | |  | \*Podać dop. obciążenie |
|  | |  | |  |  |
| **11.3** | | **System mocowania noszy w ambulansie –** (laweta) **:** | |  | **\***Podać markę i typ |
| a) | | z mechanicznym załadunkiem i wyładunkiem noszy, umożliwiająca boczny przesuw, wysuw do tyłu i na zewnątrz z jednoczesnym pochyłem dla łatwego wprowadzenia noszy  z transporterem, możliwość dojścia z każdej strony do pacjenta na noszach wsuniętych. | |  |  |
|  | |  | | b) | | W przypadku zaoferowania noszy i transportera do podstawy (lawety standardowej) mechanicznej bez wspomagania elektrycznego, funkcje transportera muszą zapewnić w pełni bezpieczny załadunek i wyładunek noszy do i z ambulansu, bez niebezpieczeństwa opadnięcia noszy przy wykonywaniu tych manewrów. W tym przypadku składanie goleni musi być odpowiednio zabezpieczone przed przypadkowym złożeniem zarówno podczas za i wyładunku jak i podczas przejazdu np. od ambulansu do SOR-u. Może to być rozwiązanie automatyczne lub mechaniczne - wymagające ręcznego zwalniania blokady przez odpowiednie przyciski lub dźwignie. | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie szczególnie jakiego rodzaju zabezpieczenia, blokady są oferowane |
|  | |  | | **11.4** | | **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego kpl. zestawu noszy z mocowaniem:** | |  |  |
|  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | a) | | autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | |  |  |
|  | |  | | b) | | czas reakcji serwisu na gwarancyjne zgłoszenie awarii (max. 72 godz.) – obejmuje: diagnoza, przyjęcie do naprawy lub wymiana na nowe, | |  | \*podać oferowany czas reakcji |
|  | |  | | c) | | czas naprawy gwarancyjnej (max. 14 dni) | |  | \* podać oferowany max. czas naprawy gwarancyjnej |
|  | |  | | d) | | zapewnienie zastępczych noszy na czas naprawy trwającej więcej niż 7 dni | |  |  |
|  | |  | | e) | | instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim | |  |  |
|  | |  | | **12.** | | **Zapewnienie bezpłatnych przeglądów zabudowy medycznej oraz sprzętów medycznych w niej zamontowanych –  w tym kpl,. noszy z lawetą, zgodnie z instrukcją fabryczną oraz gwarancją,  w całym zaoferowanym okresie gwarancji, w siedzibie użytkownika (Zamawiającego). Jedynie w przypadkach niemożliwości wykonania naprawy w siedzibie Zamawiającego – naprawa w serwisie Wykonawcy – transport na koszt Wykonawcy.** | |  |  |
|  | | **Wymagania ogólne :** | | | | | |  |  |
| 12.a | | Masa ambulansu | **Dopuszczalna masa całkowita dmc (brutto) ambulansu do rejestracji nie może przekraczać 3,5 t . Ambulans będzie wykorzystywany do przewozu 2-osobowego zespołu ratunkowego + jeden pacjent. Kierowca z kategorią prawa jazdy „B” .** | | | | |  | **\***Podać d.m.c. (brutto) skompletowanego ambulansu |
|  | |  | | | | | |  |  |
| 13. | | **Uwaga :** | | |  | |  |  |  |
| a) | | wszystkie urządzenia medyczne jak i elementy wyposażenia muszą się dać pewnie i szybko zamocować w wyznaczonych do tego miejscach, zamocowania muszą zapobiegać przesuwaniu, drganiom, podskakiwaniu sprzętu w trakcie ruchu, przyspieszania i hamowania ambulansu. W miejscach zawieszania, mocowania : noszy podbierakowych, krzesełka kardiologicznego, desek ortopedycznych należy zastosować elementy tłumiące drgania i hałasy powstające w trakcie ruchu ambulansu. | | | | | |  |  |
| b) | | wszystkie miejsca siedzące muszą być wyposażone w pasy bezpieczeństwa i zagłówki. | | | | | |  |  |
| c) | | pojazd bazowy jest wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r., ostateczna zabudowa, jako ambulans sanitarny wykonana nie wcześniej jak w 2024 r. | | | | | |  | \*podać datę produkcji pojazdu bazowego i zabudowy jako ambulans |
| d) | | koło rezerwowe umieszczone poza przedziałem pacjenta – w miejscu umożliwiającym jego wymianę przez kierowcę ambulansu / uniwersalny zestaw naprawczy koła | | | | | |  | \*napisać jakie rozwiązanie jest oferowane |
| e) | | **Wykonawca zapewni odpowiednie umiejscowienie elementów systemu wspomagania dowodzenia SWD w ambulansie wraz  z wyprowadzeniem przewodów zasilających z zabezpieczeniami – opis wymagań: dla wyprowadzeń - tabela nr 6, dla urządzeń - tabela nr 7.** | | | | | |  | \* |
| 14. | | **Wraz z kompletnym ambulansem Wykonawca musi przekazać wszystkie dokumenty potrzebne do zarejestrowania pojazdu i dalszej jego eksploatacji, w szczególności:** | | | | | |  |  |
| a) | | ~~Karta pojazdu odpowiednio wypełniona dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu)~~ – nie wymagana | | | | | |  |  |
| b) | | Wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu) | | | | | |  |  |
| c) | | Instrukcja obsługi pojazdu | | | | | |  |  |
| d) | | Książka obsług (przeglądów) pojazdu | | | | | |  |  |
| e) | | Wszystkie pozostałe instrukcje obsługi pojazdu i jego osprzętu | | | | | |  |  |
| f) | | Instrukcję obsługi i konserwacji oraz kartę gwarancyjną zabudowy specjalistycznej ambulansu | | | | | |  |  |
| g) | | Instrukcje obsługi i karty gwarancyjne dla wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie, które nie są objęte bezpośrednio instrukcją i gwarancją zabudowy specjalistycznej, które objęte są niezależnie gwarancją producenta | | | | | |  |  |
| h) | | Schemat elektryczny i montażowy dodatkowych instalacji ambulansu – schemat rozmieszczenia przekaźników i bezpieczników chroniących instalacje elektryczne ambulansu | | | | | |  |  |
| i) | | Wykaz łącznie z adresami, zlokalizowanych najbliżej siedziby Zamawiającego, autoryzowanych stacji obsług i napraw gwarancyjnych pojazdu bazowego . | | | | | |  |  |
| **15.** | | **Dla wszystkich parametrów podlegających kryterium oceny ofert w powyższych tabelach 5 i 5a – (zacienionych na niebiesko) – Wykonawca musi, dla potwierdzenia spełnienia warunku kryterium oceny ofert, przesłać razem z ofertą dokumenty potwierdzające te parametry. W przypadku braku ich złożenia wraz z ofertą, oferta podlega odrzuceniu art. 107.ust.3. ustawy Pzp.** | | | | | |  |  |
| Zapewnię zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i w uzgodnieniu z nim miejsce do montażu urządzeń systemu  SWD PRM opisanych w Tabeli nr 6 poniżej, t.j.   * 1. modułu GPS ,   2. drukarki wraz z podstawą,   3. tabletu przenośnego wraz ze stacją dokującą i przetwornicą napięcia.  1. Umożliwię uprawnionemu przedstawicielowi Zamawiającego montaż w/w urządzeń systemu SWD PRM w ambulansach stanowiących przedmiot zamówienia w uzgodnionym terminie. 2. Wyprowadzę przewody z niezbędnymi napięciami i sygnałami do zasilania i sterowania urządzeń systemu SWD   opisane szczegółowo w tabeli nr 6 poniżej. 3. Zamontuję na kokpicie w kabinie kierowcy uchwyt do mocowania tabletu – opis w pkt. 7.6 tabeli nr 5a 4. Zamontuję podstawę-uchwyt do drukarki typu HP 200 oraz HP 250. 5. Wszystkie w/w działania nie będą miały wpływu na zakres i czas udzielonych gwarancji. 6. Wszystkie wymagane napięcia i sygnały dla urządzeń SWD są wyprowadzone w uzgodnionych  miejscach zgodnie z poniższym zestawieniem **w tabeli nr 6**: 7. **Urządzenia SWD: tablet ze stacją dokującą, drukarka bez podstawy mocującej, GPS, radiotelefony stacjonarne i przenośne**   **realizuje Zamawiający we własnym zakresie.**  **Tabela nr 6**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp | Określone wymagania dotyczące przystosowania do instalacji urządzeń SWD : | Wpisać „Tak” lub „Nie” | Opis oferowanego rozwiązania, wartości napięć i prądów | | *1* | *2* | *3* | *4* | | **1.** | **Napięcia i sygnały dla modułu GPS :** |  |  | | a) | stałe napięcie zasilania 12-14V **przed wyłącznikiem zapłonu**, z zabezpieczeniem **0,5A** |  |  | | b) | sygnał wejściowy działania sygnalizacji świetlnej /koguty/ - / poziom 10-14V/ |  |  | | c) | sygnał wejściowy działania sygnalizacji dźwiękowej - /poziom 10 -14V/ |  |  | | d) | sygnał po włączeniu zapłonu – /poziom 10-14V/ |  |  | |  | **Napięcia i sygnały dla drukarki :** |  |  | | f) | stałe napięcie zasilania DC 12-14 V **przed wyłącznikiem zapłonu**, z zabezpieczeniem **10A**  **oraz** napięcie zmienne AC 230V w gniazdach, włączane na panelu sterowania |  |  | | **2.** | **Napięcia i sygnały dla Tabletu : ZEBRA L10 – lub GETAC G6:** |  |  | | a) | stałe napięcie zasilania DC poziom 19 V **przed wyłącznikiem zapłonu (dla GETAC)**, z zabezpieczeniem **10A oraz** stałe napięcie zasilania DC 12-14 V **przed wyłącznikiem zapłonu**, z zabezpieczeniem **10A (dla ZEBRA)** |  |  |   OŚWIADCZAM, ŻE OFEROWNY AMBULANS SPEŁNIA WYŻEJ WYMIENIONE WARUNKI TECHNICZNE  I BĘDZIE DOSTARCZONY WRAZ Z WSZYSTKIMI DOKUMENTAMI | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

***UWAGA !***

***- w Tabelach nr 5 i 5a w kolumnie nr 5 wpisać słowo „tak” lub „nie” -***

***- w kolumnie nr 6 opisać krótko zastosowane rozwiązanie, parametry,***

***- pozycje oznaczone \* muszą być obowiązkowo wypełnione opisem !***

***- pozycji zaciemnionych nie wypełniać***

***- w tabeli nr 6 wpisać w kolumnie nr 3 wpisać słowo „tak” lub „nie”, w kolumnie nr 4 krótki opis***

............................................. dnia...................... 2024 r.

**UWAGA !**

**Zaleca się po wypełnieniu formularza zapisać go do pliku „.pdf „ i dopiero tak przygotowany plik podpisać – zalecany podpis wewnętrzny „ pades”.**

**Dokument należy podpisać i złożyć zgodnie z wymaganiami opisanymi w SWZ.**