**Formularz ofertowy zamówienia, ambulans typ „C Tabela nr 5 opis techniczny pojazdu bazowego :**

***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+ dokument potwierdzający kryterium – do oferty |
| 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 + dokument potwierdzający kryterium - do oferty |
| 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)** |  | + dokument potwierdzający kryterium - do oferty |
| 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 + dokument potwierdzający do oferty |
| 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 automatyczna  |  | \*Podać rodzaj/typ skrzyni 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, + dokument potwierdzający kryterium – do oferty |
|  |  | 4.3 | elektroniczny układ rozdziału siły hamowania **(kryterium punktowane, SWZ pkt. XXVI, tabela nr 2)** |  | \*Podać nazwę, + dokument potwierdzający kryterium – do oferty |
| 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 2 zamówienia, ambulans typ „C”****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 cmb) 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 - Opis 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 6Mocowanie drukarki: bez możliwości jej przesuwania się, podskakiwania itp. umożliwiające jednoczenie łatwy demontaż w razie konieczności wymiany tuszu , naprawy lub wymiany drukarki. |  | \*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 230Vo 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 + dokument potwierdzający kryterium – do oferty |
| 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 + dokument potwierdzający kryterium – do oferty |
| 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 + dokument potwierdzający kryterium – do oferty |
| 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 regulacji od 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 klimatyzacjiprzedziału 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 / Rozporządzeniem UE 17/745 lub równoważnym dokumentem dotyczącym wyrobów medycznych. |  | \*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 -nosze monoblokowe nie dopuszczone |  | 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, z dyrektywą 93/42/EWG dla wyrobu medycznego / Rozporządzeniem UE 17/745 lub równoważnym dokumentem dotyczącym wyrobów medycznych..  |  | **\*** do oferty należy załączyć dokument: certyfikat lub deklarację zgodności z normą EN 1865 lub równoważną i dokument potwierdzenia zgodności z dyrektywą 93/42/EWG / Rozporządzeniem UE17/745 lub równoważnym dokumentem 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** |  |  |
| **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) – mechaniczna nie dopuszczona **:** |  | **\***Podać markę i typ |
| a) | laweta z napędem elektrycznym umożliwiająca automatyczny (bez konieczności wykonywania żadnych czynności fizycznych przez personel takich jak:wpychanie - wyciąganie ręczne, itp…), załadunek i rozładunek noszy do /z karetki poprze system samoczynnie wciągający i wysuwający nosze, stanowiący element lawety. Automatyczny załadunek nie powinien wymagać od obsługującego ratownika zwalniania w odpowiednim momencie jakichś zabezpieczeń lub blokad w transporterze noszy. Laweta umożliwiająca boczny przesuw – możliwość dojścia do pacjenta z każdej strony przy wsuniętych noszach do przedziału pacjenta, posiadająca wysuw do tyłu i na zewnątrz z jednoczesnym pochyłem dla łatwego wprowadzenia noszy z transporterem, **albo** posiadająca dodatkowy składany najazd pełniący tą funkcję. W przypadkach awaryjnych systemu automatycznego załadunku lub braku zasilania laweta musi umożliwiać ręczne wprowadzenie i wyprowadzenie noszy z ambulansu w jak najkrótszym czasie. Zamontowany system bezwzględnego wyłączenia mechanizmów wciągania i zatrzymania się w przypadku wystąpienia zagrożenia związanego z załadunkiem i wyładunkiem. |  | \*opisać oferowane rozwiązanie, zwłaszcza system zabezpieczenia przed przypadkowym złożeniem goleni przed załadunkiem lub w trakcie przewozu pacjenta na noszach – oraz systemu zabezpieczenia przed niekontrolowanym niewłaściwym automatycznym za – lub wyładunkiem noszy z ambulansu – opisać awaryjne wysunięcie lub wsunięcie noszy w przypadku awarii systemu elektrycznego. Podać maksymalny czas operacji wsunięcia oraz maksymalny czas wysunięcia awaryjnego noszy. |
|  |  |  |  |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  |  | **11.4** | **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego kpl. zestawu noszy oraz mocowania - lawety:** |  |  |
|  |  | 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 powyżej 3,5 t do 4,2 t. Ambulans będzie wykorzystywany do przewozu 2-3 osobowego zespołu ratunkowego + jeden pacjent może być bariatryczny. Kierowca z kategorią prawa jazdy „C” .**  |  | **\***Podać dmc. (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) |  |  |  |
| 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 PRMw 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, GPS, radiotelefony stacjonarne i przenośne**

 **realizuje Zamawiający we własnym zakresie:****- tablet :** ZEBRA L10 lub GETAC G6**-** **radiotelefon ręczny**: iCOM IC-F 3262 DT- **radiotelefon przewoźny**: iCOM IC-F 5062 D**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 TECHNICZNEI 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.**