**Formularz parametrów technicznych punktowanych**

**Załącznik nr 2b do oferty**

Znak Sprawy: **PCM/ZP 01/I/2022**

**Nazwa Wykonawcy...................................................................................................................**

**Adres:..........................................................................................................................................**

**NIP:............................................................................REGON..................................................**

**Parametry techniczne punktowane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parametry punktowane** | **Punktacja** | **TAK****/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **Zadanie 1: ambulans drogowy typy B z zabudową medyczną i noszami transportowymi \*** |
| Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym obejmującymi całe powierzchnie łacznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia **- parametr dodatkowo punktowany** | **Tak - 10 pkt**.Nie - 0 pkt. |   |   |
| System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy ***lub równoważny*** - **parametr dodatkowo punktowany.** | **Tak - 5 pkt.**Nie - 0 pkt |   |   |
| Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A.Wartość prądu alternatora jako **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum | 180 A - 0 pkt.**Największa wartość – 10 pkt.**Pozostałe proporcjonalnie**.** |   |   |
| **3/ U**chwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom:- normy PN EN 1789+A2:2015-01 ***lub*** - normy PN EN 1789+A1:2011 pod warunkiem, że pojazd został zabudowany przez producenta, któremu jednostka certyfikująca przyznała uprzednio certyfikat wg wymagań PN EN 1789+A1:2011 i certyfikat ten nadal jest aktualny ***lub*** - innej normy równoważnej tj. odpowiadającej treści normy PN EN 1789+A2:2015-01 w tym zakresie,oraz jest elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - **parametr dodatkowo punktowany.** | **TAK - 15 pkt**.NIE – 0 pkt |   |   |
| **6/** System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej.W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - atest 10G; miejsce mocowania tj. w przedziale medycznym jako **parametr dodatkowo punktowany.** | (podać miejsce mocowania – w przypadku mocowania w przedziale medycznym podać, czy jest całopojazdowa homologacja – atest 10G:**TAK - 10 pkt**.NIE - 0 pkt. |   |   |
| Montaż lawety do przesuwnych paneli umożliwiających mocowanie dowolnej podstawy pod nosze główne bez ingerowania w podłogę ambulansu i jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu - **parametr dodatkowo punktowany** | **TAK - 15 pkt.**NIE – 0 pkt. |   |   |
| Reakcja serwisu zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu 48 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w czasie nie krótszym jak 48 godziny od zgłoszenia - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. (podać z dokładnością do 1 godzimy) | TAK (określić)48 godzin - **0 pkt**.**Najkrótszy czas – 10 pkt.**Pozostałe proporcjonalnie |  |  |
| Gwarancja dostarczenia w ciągu max. 48 godzin do siedziby Zamawiającego ambulansu zastępczego spełniającego wymagania ambulansu typu C, jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił minimum 5 dni. **Parametr dodatkowo punktowany** | TAK (określić)48 godzin - 0 pkt.**Najkrótszy czas – 10 pkt.**Pozostałe proporcjonalnie |  |  |
| Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. **Parametr dodatkowo punktowany** | TAK (określić)24 m-ce - 0 pkt.**Największa wartość – 10 pkt.**Pozostałe proporcjonalnie. |  |  |
| **RAZEM PUNKTÓW** |  |  |

.................................., dnia : .............................

\* niepotrzebne skreślić