**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Znak: ZP/AS/6/24**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH

**Pojazd fabrycznie nowy, Marka/Typ -**

**Rok produkcji 2024 -**

**Nazwa i adres producenta -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane warunki (parametry) dla pojazdu bazowego, zabudowy medycznej**  **i wyposażenia medycznego** | **Warunek graniczny** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla pojazdu bazowego, zabudowy medycznej.**  podać, opisać |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **I.** | **NADWOZIE** |  |  |
| 1. | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym | TAK |  |
| 2. | DMC do 3,5t | TAK |  |
| 3. | Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne)  z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych.  Półki nad przednią szybą. | TAK |  |
| 4. | Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca ergonomiczne miejsce pracy kierowcy, | TAK |  |
| 5. | Oświetlenie pomocnicze | TAK |  |
| 6. | Fotel kierowcy z podłokietnikami z regulacją w 3 płaszczyznach oraz elektryczną regulacją podparcia odcinka lędźwiowego | TAK |  |
| 7. | Fotel pasażera z podłokietnikami, z regulacją w 3 płaszczyznach | TAK |  |
| 8. | W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) | TAK |  |
| 9. | Furgon - lakier w kolorze żółtym | TAK |  |
| 10. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | TAK |  |
| 11. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK |  |
| 12. | Długość przedziału medycznego min. 3,25 m | TAK |  |
| 13. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70 m | TAK |  |
| 14. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi | TAK |  |
| 15. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. | TAK |  |
| 16. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 17. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | TAK |  |
| 18. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,70 m. | TAK |  |
| 19. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | TAK |  |
| 20. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | TAK |  |
| 21. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:  a) mocowanie dla 2 szt. butli tlenowych 10l,  b) mocowanie krzesełka kardiologicznego,  c) mocowanie noszy podbierakowych,  d) mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych  e) mocowanie materaca próżniowego,  f)miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę, | TAK |  |
| 22. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, boczne poduszki powietrzne chroniące głowę dla kierowcy i pasażera, | TAK |  |
| 23. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem. | TAK |  |
| 24. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, z powierzchnią antypoślizgową. | TAK |  |
| 25. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 26. | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu  w warunkach ograniczonej widoczności. | TAK |  |
| 27. | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane  i regulowane. | TAK |  |
| 28. | Mocowanie do posiadanego przez Zamawiającego systemu SWD (ZEBRA L10 Xpad) w kabinie kierowcy + moduł GPS Teltonika FMC640 (lub równoważny) + instalacja antenowa GPS i GSM + połączenie z posiadaną przez Zamawiającego drukarką Brother PJ762 | TAK |  |
| 29. | Przednie lampy pojazdu bazowego (dzienne, mijania, drogowe) halogenowe lub LED | TAK |  |
| 30. | Przednie reflektory przeciwmgielne. | TAK |  |
| 31. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | TAK |  |
| 32. | Wskaźnik systemu kontroli ciśnienia w oponach | TAK |  |
| 33. | Radioodtwarzacz fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego z głośnikami w kabinie kierowcy  i w przedziale medycznym, zasilany z 12V z anteną dachową. | TAK |  |
| 34. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel dotykowy przekątna min 5 cali sterujący oświetleniem zewnętrznym (światła robocze) oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową.  Sterowanie klimatyzacją oraz ogrzewaniem przedziału medycznego  Informujący o stanie naładowania akumulatorów | TAK |  |
| **II.** | **SILNIK** |  |  |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | TAK |  |
| 2. | Silnik o pojemności min. 1950 cm³ | TAK  podać |  |
| 3. | Silnik o mocy min.175 KM | TAK  podać |  |
| 4. | Silnik o mocy powyżej 175 KM  **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | TAK/NIE  Podać |  |
| 5. | Moment obrotowy min. 380 Nm | TAK  Podać |  |
| 6 | Moment obrotowy powyżej 380 Nm  **/parametr niewymagany, lecz punktowany/ Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** | TAK  Podać |  |
| 7. | Norma emisji spalin aktualnie obowiązująca w Europie | TAK |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  |  |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny | TAK |  |
| 3. | Napęd na koła przednie | TAK |  |
| **IV.** | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** |  |  |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych | TAK |  |
| 2. | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania  - ABS lub równoważny | TAK |  |
| 3. | Elektroniczny korektor siły hamowania | TAK |  |
| 4. | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania | TAK |  |
| 5. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane. | TAK |  |
| 6. | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | TAK |  |
| 7. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR lub równoważny. | TAK |  |
| 8. | System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy | TAK |  |
| **V.** | **ZAWIESZENIE** |  |  |
| 1. | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej) | TAK |  |
| 2. | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | TAK |  |
| **VI.** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  |  |
| 1. | Ze wspomaganiem | TAK |  |
| 2. | Kolumna kierownicy regulowana w 2 płaszczyznach | TAK |  |
| **VII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |  |
| 1. | Grzałka elektryczna w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | TAK |  |
| 2. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK |  |
| 3. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | TAK |  |
| 4. | Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury  i termostatem, o mocy min. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| 5. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego | TAK |  |
| 6. | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy  i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę.  Rozprowadzenie powietrza w przedziale medycznym na całej długości sufitu przez min. 6 wylotów chłodnego powietrza dwa w przednie, dwa w środkowej i dwa w tylnej części w celu równomiernego jego rozprowadzenia  Rozwiązanie przebadane na zgodność z normą 1789 (lub normą równoważną) - dostarczyć przy dostawie przedmiotu zamówienia dokument potwierdzający wymagania.  **/parametr punktowany/ Tak – 10 pkt, Inne rozwiązanie – 0 pkt.** | TAK  Podać |  |
| **VIII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | TAK |  |
| 2. | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu. | TAK |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A. | TAK |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | TAK |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230V:  a) zasilanie zewnętrzne 230V,  b) min. 4 gniazda 230V w przedziale medycznym,  c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu  zewnętrznym,  d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe,  e) przewód zasilający min 10m. | TAK |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | TAK |  |
| 7. | Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:  - min. 4 gniazda 12V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A),  do podłączenia urządzeń medycznych,  - gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | TAK |  |
| 8. | Termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych, wyposażony we wskaźnik temperatury. | TAK |  |
| 9. | System sterujący i nadzorujący instalację elektryczną zabudowy pojazdu wyposażony w :   1. wyświetlacz dotykowy o przekątnej ekranu min. 7 cali, przystosowany do pracy w niskich temperaturach, umieszczony w przedziale medycznym, 2. funkcję włączania/wyłączania oświetlenia wewnętrznego (rozproszonego i punktowego) w przedziale medycznym, 3. funkcję włączania/wyłączania oświetlenia zewnętrznego wraz z sygnalizacją działania, 4. funkcję zegara z prezentacją aktualnej daty i godziny, 5. funkcję termometru z prezentacją aktualnej temperatury wewnątrz i na zewnątrz pojazdu, 6. funkcję obrazującą otwarcie/niedomknięcie drzwi przesuwnych oraz drzwi tylnych, 7. funkcję wyświetlania stanu naładowania akumulatorów wraz z sygnalizacją graficzną i dźwiękową stanu alarmowego, 8. zabezpieczenie zapobiegające uszkodzeniu akumulatorów poprzez nadmierne rozładowanie, 9. funkcję sterowania ogrzewaniem oraz klimatyzacją przedziału medycznego z możliwością regulacji temperatury co 1 st. Celsjusza w zakresie od 15 do 26 st., 10. funkcję sterowania wentylatorem, 11. funkcję sterowania termoboxem, 12. funkcję zaprogramowania uruchomienia ogrzewania niezależnego o określonej porze, 13. funkcję monitorowania prawidłowości działania odbiorników elektrycznych wchodzących w skład zabudowy pojazdu.   Podać markę załączyć folder | TAK |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |  |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu  z modułami  w technologii LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK |  |
| 2. | Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem umieszczona w tylnej części dachu    pojazdu   z   modułami LED koloru niebieskiego,  dodatkowe światła w technologii LED (robocze) do oświetlania przedpola za ambulansem oraz światła kierunkowskazów | TAK |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | TAK |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się automatycznie po otwarciu drzwi. | TAK |  |
| 5. | Dodatkowe sygnały pneumatyczne | TAK |  |
| 6. | Dwie lampy w technologii LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego. | TAK |  |
| 7. | Cztery reflektory zewnętrzne w technologii LED po bokach pojazdu w tylnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, po dwa każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego, włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. | TAK |  |
| 8. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:  a) 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonane z folii:  - typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,  - typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu,  - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),  b) nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;  c) po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,  d) na drzwiach bocznych ambulansu napis z nazwą dysponenta ambulansu | TAK |  |
| **X.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej: | TAK |  |
| 1) światło rozproszone w technologii LED umieszczone po obu stronach w górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne), | TAK |  |
| 2) dodatkowa lampa w technologii LED umieszczona w przedniej części przedziału medycznego, załączana automatycznie po otwaciu drzwi, z wyłącznikiem czasowym dezaktywującym działanie lampy po 15 minutach w przypadku pozostawienia niedomkniętych drzwi przesuwnych do przedziału medycznego. | TAK |  |
| 3) oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone w suficie nad noszami (min. 2 szt.), | TAK |  |
| 4) oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone nad blatem roboczym | TAK |  |
| **XI.** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |  |  |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta)- pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia wyszczególnione poniżej: | TAK |  |
| 1. | 1) Zabudowa specjalna na ścianie działowej :  a) szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona , wyposażona w szuflady,  b) mocowanie do pojemnika na zużyte igły,  c) mocowanie (podstawa) do drukarki funkcjonującej w ramach systemu SWD PRM, zamontowanej w przedziale medycznym, na ścianie grodziowej pomiędzy przedziałem medycznym, a przedziałem kierowcy, zapewniające bezpośredni i łatwy dostęp do drukarki oraz możliwość pobierana drukowanych dokumentów bez konieczności demontowania urządzenia z podstawy.  d) miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,  e) jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jaki bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców, | TAK |  |
| 2) Zabudowa specjalna na ścianie :  a) min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów,  b) jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy z możliwością obserwacji twarzy pacjenta jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3–punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,  c) uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,  d) przy drzwiach tylnych zamontowany panel lub włączniki sterujące oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu. | TAK |  |
| 3)Szafka na wyposażenie medyczne i wyposażona w schowek z zamontowaną lodówką. | TAK |  |
| 4) Zabudowa specjalna na ścianie lewej:  a) min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, dodatkowa szafka zamykana na klucz  b) na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania respiratora transportowego,  c) szafa z pojemnikami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, | TAK |  |
|  | 5)System szyn mocujących, umożliwiający bezpieczny montaż za pomocą płyt ściennych (różnej wielkości) urządzeń medycznych (tj. defibrylator, ssak, pompa infuzyjna); | TAK |  |
|  | 6)Szafka pomiędzy podłogą, a systemem szyn ściennych, wyposażonymi w roletę umożliwiająca przewożenie różnego typu wyposażenia medycznego. | TAK |  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | TAK |  |
| 3. | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | TAK |  |
| 4. | Centralna instalacja tlenowa:  a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA,  b) sufitowy punkt poboru tlenu,  c) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm., | TAK |  |
| 5. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 6. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | TAK |  |
| 7. | Miejsce mocowania zaoferowanych noszy elektrycznych | TAK |  |
| **XII.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |  |  |
| 1. | Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu. | TAK |  |
| 2. | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | TAK |  |
| 3. | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF do radiotelefonu o n/w parametrach : | TAK |  |
| a) zakres częstotliwości 168-170 Mhz, | TAK |  |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm, | TAK |  |
| c) współczynnik fali stojącej 1,6, | TAK |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | TAK |  |
| **XIII.** | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | TAK |  |
| 2. | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym | TAK |  |
| 3. | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy  z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło typu LED | TAK |  |
| 4. | Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy | TAK |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
| 6. | Pełnowymiarowe koło zapasowe | TAK |  |
| 7. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| 8. | Ambulans wyposażony w dwa zestawy kompletów kół ( opony zimowe i letnie wraz z felgami) | TAK |  |
| 9. | Uchwyt do defibrylatora Lifepack 15 oraz zamontowana stacja rekondycjonująca do baterii tego defibrylatora | TAK |  |
| 9. | Kamera cofania - kolor | TAK |  |
| 10. | Wideorejestrator jazdy na wprost | TAK |  |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |
| **XIV.** |  |
| 1. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu | TAK |  |
| 2. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 4. | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż wciągu 48 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. Ww zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e- maila. | TAK |  |
| 5. | W okresie gwarancji w przypadku awarii wyłączającej ambulans z systemu ratownictwa medycznego powyżej 72 godziny, Wykonawca jest zobowiązany do podstawienia sprawnego ambulansu typu C od momentu zgłoszenia awarii do jej usunięcia lub pokrycia kosztów wynajmu ambulansu zastępczego przez zamawiającego | TAK |  |
| 6. | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu/ podzespołu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element/ podzespół na nowy wolny od wad | TAK |  |
| 7. | Wszelkie koszty ( transport, dojazd itp.) związane z naprawami w okresie gwarancji ponosi wykonawca | TAK |  |
| 8. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela ( podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych | TAK  Podać |  |
| **XV.** | **GWARANCJA** |  |  |
| 1. | Gwarancja mechaniczna na ambulans- min 24 miesiące (bez limitu km) od daty podpisania protokołu odbioru ambulansu bez zastrzeżeń przez obie strony | TAK |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 24 miesiące. Okres liczony od daty dostarczenia ambulansu zamawiającemu i podpisania protokołu odbioru ambulansu bez zastrzeżeń przez obie strony | TAK |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy Okres liczony od daty dostarczenia ambulansu zamawiającemu i podpisania protokołu odbioru ambulansu bez zastrzeżeń przez obie strony | TAK |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. Okres liczony od daty dostarczenia ambulansu zamawiającemu i podpisania protokołu odbioru ambulansu bez zastrzeżeń przez obie strony | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU** |  |  |
| I | **NOSZE Z SYSTEMEM WSPOMAGANIA PODNOSZENIA szt.1** | TAK |  |
|  | Nazwa-model/typ | PODAĆ |  |
|  | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
|  | Rok produkcji - fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2024r. | PODAĆ |  |
| 1. | Wykonane z materiału odpornego na korozje lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK |  |
| 2. | Długość całkowita noszy min 205 cm | TAK |  |
| 3. | Szerokość całkowita noszy min 58 cm | TAK |  |
| 4. | Skracane ramy noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach | TAK |  |
| 5. | Całkowita długość noszy po skróceniu max 160 cm | TAK |  |
| 6. | Możliwość pochylenia, częściowego lub pełnego rozłożenia podparcia pleców noszy nawet po skróceniu ramy noszy | TAK |  |
| 7. | Nosze wyposażone w zagłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w przypadku transportu pacjenta o znacznym wzroście | TAK |  |
| 8. | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia, ułożenia głowy na wznak oraz do tzw. pozycji węszącej | TAK |  |
| 9. | Płynna elektryczna i zapasowa manualna regulacja wysokość leża noszy na zakresie min. 36-105 cm | TAK |  |
| 10. | Udźwig noszy powyżej 300 kg | TAK |  |
| 11. | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia zestawu | TAK |  |
| 12. | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha | TAK |  |
| 13. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji | TAK |  |
| 14. | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° | TAK |  |
| 15. | Rozkładane poręcze boczne zwiększające powierzchnię poprzeczną noszy, regulowane w 7 pozycjach ułatwiające transport pacjentów otyłych | TAK |  |
| 16. | Nosze wyposażone w 4 pełne koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. Min. 2 koła wyposażone w hamulce. | TAK |  |
| 17. | 2 koła kierunkowe z systemem blokady toczenia na wprost (zwolnienie i uruchomienie blokady dostępne z przodu i z tyłu noszy) | TAK |  |
| 18. | 3 częściowy, składany teleskopowo wieszak na płyny infuzyjne | TAK |  |
| 19. | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy | TAK |  |
| 20. | Wyprofilowany materac mocowany na rzepy, umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, przystosowany do przewozu pacjentów otyłych o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. Materac niepalny | TAK |  |
| 21. | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy | TAK |  |
| 22. | Uchwyty do prowadzenia i sterowania elektrycznego noszy na dwóch poziomach wysokości, zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu o zróżnicowanym wzroście | TAK |  |
| 23. | Wyświetlacz stanu naładowania akumulatora wbudowany w nosze | TAK |  |
| 24. | Licznik godzin pracy noszy ułatwiający określenie czasu przeprowadzania wymaganego przeglądu technicznego  **/parametr punktowany/ Tak – 10 pkt, Inne rozwiązanie – 0 pkt.** | TAK  Podać |  |
| 25. | System bezprzewodowego ładowania akumulatora noszy po wpięciu w mocowanie, sygnalizacja świetlna rozpoczęcia procesu ładowania | TAK |  |
| 26. | Możliwość szybkiej, bezpiecznej wymiany akumulatora w noszach bez pomocy narzędzi | TAK |  |
| 27. | Nosze z automatycznym, hydrauliczno-elektrycznym systemem podnoszenia, obniżania; z elektrycznym wprowadzaniem noszy z i do ambulansu, eliminującym ręczne przenoszenie pełnego ciężaru pacjenta i noszy | TAK |  |
| 28. | Dodatkowy/rezerwowy system ręcznej obsługi noszy w tym: opuszczania, podnoszenia, załadunku i wyładunku noszy z ambulansu | TAK |  |
| 29. | Ręczna obsługa noszy (opuszczanie, podnoszenie, załadunek, rozładunek) dostępna w sytuacji transportu pacjenta wymagającego pozycji leżącej, dostęp do wszystkich manipulatorów ręcznego sterowania noszami bez konieczności zmiany pozycji pacjenta | TAK |  |
| 30. | Potwierdzenie spełnienia przez nosze normy dla medycznych urządzeń elektrycznych | TAK |  |
| 31. | Waga noszy max. 65 kg | TAK |  |
| 32. | Elektryczny system mocowania noszy montowany bezpośrednio **do podłogi ambulansu lub lawety**, umożliwiający załadunek i rozładunek pacjenta bez wysiłku fizycznego o udźwigu minimum 390kg. | TAK |  |
| 33. | Wbudowany w mocowanie noszy zapasowy panel sterowania pozwalający na automatyczne unoszenie/opuszczanie goleni noszy, wypinanie/wpinanie noszy z funkcją rezerwowej obsługi manualnej wyżej opisanych opcji | TAK |  |
| 34. | Wskaźniki typu LED ułatwiające naprowadzanie noszy na system mocowania np.: w nocy, dodatkowa sygnalizacja świetlna poprawnego zapięcia noszy w mocowaniu | TAK |  |
| 35. | W zestawie komplet dwóch akumulatorów (praca + zapas) z ładowarką. Ładowanie akumulatorów z zasilania 12 V i 230V. W komplecie uchwyt/mocowanie dodatkowej ładowarki w ambulansie. | TAK |  |
| 36. | Możliwość mycia ciśnieniowego mocowania podłogowego oraz ukompletowanych noszy (z akumulatorem). | TAK |  |
| 37. | Zakres temperatur pracy noszy elektryczno-hydraulicznych od -34° do 54° C. | TAK |  |
| 38. | Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru przez obie strony bez zastrzeżeń. | TAK |  |
| 39. | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez zamawiającego z przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 40 | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż wciągu 48 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. Ww zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e- maila. | TAK |  |
| 40. | Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadze. |  |  |
| 41. | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu/ podzespołu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element/ podzespół na nowy wolny od wad |  |  |
| 42. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela ( podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych | TAK  Podać |  |
| II | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE PŁOZOWE szt.1( urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach)** |  |  |
| Nazwa-model/typ | | PODAĆ |  |
| Kraj pochodzenia | | PODAĆ |  |
| Rok produkcji - fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2024 r. | | PODAĆ |  |
| 1. | Konstrukcja wykonana w mocnego aluminium odporne na korozję i na działanie płynów dezynfekujących | TAK |  |
| 2. | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego, miękkiego materiału typu winyl lub tworzywo ABS, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję | TAK |  |
| 3. | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach | TAK |  |
| 4. | Regulowana wysokość uchwytu w 3 pozycjach | TAK |  |
| 5. | Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym złożeniem | TAK |  |
| 6. | Pasy szelkowe plus pasy zabezpieczające stopy | TAK |  |
| 7. | Średnica tylnych kółek minimum 17 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu | TAK |  |
| 8. | Demontowalne siedzisko | TAK |  |
| 9. | Wyposażone w min. 4 kółka transportowe, z czego minimum 2 obrotowe. | TAK |  |
| 10. | Kąt pochylenia płóz minimum 25° | TAK |  |
| 11. | Wymiary po całkowitym złożeniu (wysokość, głębokość, szerokość) max: 113 cm x 22,0 cm x 52 cm | TAK |  |
| 12. | Waga maksymalna - 14 kg. | TAK |  |
| 13. | Dopuszczalne obciążenie - minimum 170 kg. | TAK |  |
| 14. | Deklaracja zgodności z Normą EN 1865-4 | TAK |  |
| 15. | Potwierdzenie spełnienia przez krzesełko normy EN PN 1865 (lub normę równoważną) przez niezależną jednostkę notyfikacyjną | TAK |  |
| 16. | Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru przez obie strony bez zastrzeżeń | TAK |  |
| 17. | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez zamawiającego z przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 18. | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż wciągu 48 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. Ww zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e- maila. | TAK |  |
| 19. | Czas naprawy maksymalnie do 5 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadze. | TAK |  |
| 20. | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu/ podzespołu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element/ podzespół na nowy wolny od wad | TAK |  |
| 21. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela ( podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych | TAK |  |
| **III** | **WIDEOLARYNGOSKOP** |  |  |
|  | Nazwa-model/typ | PODAĆ |  |
|  | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
|  | Rok produkcji - fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2024r. | PODAĆ |  |
| 1. | Monitor mały o następujących parametrach:  a) akumulator zapewniający ponad 2 – godzinną pracę urządzenia  b) przycisk włącz/wyłącz  c) wodoszczelny , można czyścić środkiem na bazie alkoholu lub chloru.  d) wymiary monitora: szer/wys/gru - 60mmx89mmx13mm  e) bateria - Litowo-jonowa  f) ładowanie przez mikro USB  g) rozdzielczość - 480x320 PIKSELI | TAK |  |
| 2 | W komplecie stacja ładująca, 1 metrowy kabel zasilacza, umożliwiający ustawienie monitora w dowolnym miejscu | TAK |  |
| 3. | Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru przez obie strony bez zastrzeżeń | TAK |  |
| 4. | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez zamawiającego z przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 5. | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż wciągu 48 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. Ww zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e- maila. | TAK |  |
| 6. | Czas naprawy maksymalnie do 5 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadze. | TAK |  |
| 7. | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu/ podzespołu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element/ podzespół na nowy wolny od wad | TAK |  |
| 8. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela ( podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV** | **Urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza oraz dezynfekcji powierzchni płaskich w ambulansie** |  |  |
| Nazwa-model/typ | | PODAĆ |  |
| Kraj pochodzenia | | PODAĆ |  |
| Rok produkcji – fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2024 r. | | PODAĆ |  |
| 1. | Urządzenie służące do oczyszczania powietrza oraz dezynfekcji powierzchni płaskich w ambulansie. | TAK |  |
| 2. | Urządzenie wyposażone w tryby pracy min:  a)oczyszczanie powietrza (dezodoryzacja)  b) sterylizacja (dodatkowe zapobieganie zakażeniom)  c)dezynfekcja za pomocą plazmy (pełna sterylizacja) | TAK |  |
| 3. | Tryb sterylizacji, który można bezpiecznie uruchomić w obecności ludzi | TAK |  |
| 4. | Zakres dezynfekcji: bakterie, wirusy, zarodniki grzybów itp. | TAK |  |
| 5. | Urządzenie z wysokowydajnym modułem generatora plazmy typu DBD. | TAK |  |
| 6. | Proces dokładnej dezynfekcji (99,9%) do 30 minut. | TAK |  |
| 7. | Oczyszczanie i dezynfekcja powietrza za pomocą emitera światła UV, filtra antybakteryjnego i kontroli objętości powietrza | TAK |  |
| 8. | Kolorowy wyświetlacz LCD wyświetlający stan pracy oczyszczania powietrza i sterylizacji plazmowej | TAK |  |
| 9. | Wyświetlanie czasu do wymiany części sterylizatora (źródło plazmy, lampa UV, filtr) | TAK |  |
| 10. | Wyświetlanie temperatury i wilgotności | TAK |  |
| 11 . | Zarządzanie stanem sterylizacji poprzez wyświetlanie czasu pracy dla każdej oddzielnej części | TAK |  |
| 12. | Operacyjna zmiana koloru na wyświetlaczu w przypadku zmiany trybu pracy | TAK |  |
| 13. | Powiadomienie o wymianie części eksploatacyjnych, | TAK |  |
| 14. | Funkcja alarmu w przypadku awarii | TAK |  |
| 15. | Obsługa i konfiguracja sterylizatora za pomocą pilota zdalnego sterowania | TAK |  |
| 16. | Prędkość przepływu powietrza: 5~10 m/s | TAK |  |
| 17. | Wymiary max: 360(dł. ) X 230(szer.) X 85 (wys.) mm | TAK |  |
| 18. | Waga: max. 5 kg | TAK |  |
| 19. | Pobór mocy: max. 35 W | TAK |  |
| 20. | Wbudowany akumulator (automatyczne ładowanie po podłączeniu do zasilania DC 12V pojazdu) | TAK |  |
| 21. | Urządzenie wyposażone w min.:  -a)dedykowany uchwyt do mocowania w ambulansie  -b)Adapter DC 12V z zasilaczem AC 100V~240V, 50Hz ~ 60Hz  c)pilot zdalnego sterowania  -d)filtr HEPA | TAK |  |
| 22. | Testy potwierdzające skuteczność przeciwko min: bakterii E.Coli (Escherichia coli), bakterii gronkowiec złocisty (Staphylococcus aureus), COVID 19 (wirus SARS CoV-2) | TAK |  |
| 23. | Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru przez obie strony bez zastrzeżeń. | TAK |  |
| 24. | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, wykonawca zobowiązany jest dostarczyć książkę gwarancyjną oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez zamawiającego z przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 25. | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż wciągu 48 godzin (w dni robocze) od momentu zgłoszenia awarii przez zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. Ww. zgłoszenia będą dokonywane za pośrednictwem e- maila. | TAK |  |
| 26. | Czas naprawy maksymalnie do 5 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadze. | TAK |  |
| 27. | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu/ podzespołu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element/ podzespół na nowy wolny od wad | TAK |  |
| 28. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela ( podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych | TAK |  |

1. **Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.**
2. **Kolumna „Parametry oferowane przez Wykonawcę” musi być w całości wypełniona. Niewypełnienie w całości spowoduje odrzucenie oferty.**

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Podpis własnoręczny nie jest tożsamy z elektronicznym podpisem osobistym.***
3. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***