**Załącznik 3 do SIWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

WYMAGANE GRANICZNE WARUNKI TECHNICZNE DLA SAMOCHODU BAZOWEGO,

WYPOSAŻENIA MEDYCZNEGO ORAZ PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO AMBULANSU SANITARNEGO TYPU C **- 1 szt.**

**Pojazd kompletny (bazowy)**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: *.....................................................................*

Rok produkcji min. 2018, pojazd fabrycznie nowy (podać): *..............................*

Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego: *...............................................*

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny)**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: *....................................................................*

Rok produkcji min 2019 (podać): *.....................................................................*

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:......................................

Brak określenia TAK (jeżeli oferowany parametr jest identyczny z parametrem wymaganym) lub brak opisu konkretnego oferowanego parametru w kolumnie „**Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej**” lub „**Oferowane przez Wykonawcę parametry dla wyposażenia medycznego”** będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym sprzęcie lub innego wymogu wymaganego przez Zamawiającego. Nie spełnienie które­gokolwiek z parametrów, spowoduje odrzucenie oferty.

Wartości podane w rubryce "WYMOGI GRANICZNE" stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowo­duje odrzucenie oferty.

**TABELA NR 1 – WYMAGANIA GRANICZNE AMBULANSU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane graniczne warunki (parametry) dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej**  | **WYMOGI GRANICZNE** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu 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 płytami z tworzywa sztucznego w kolorze białym, jako element wymagany.Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi tłoczonymi profilami w kolorze białym, w całości odzwierciedlającymi kształt nadwozia (osłaniającym wręgi, słupki, nadkola).Ściany, sufit oraz podłoga przedziału medycznego wyizolowane akustycznie oraz termicznie. | TAK |  |
| DMC powyżej 3,5t. | TAK |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się, jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. | TAK |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy oraz pasażera z regulacją w 3 płaszczyznach, fotele z prawym oraz lewym podłokietnikiem. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, min. 1 wnęka nad przednią szybą w standardzie 1 DIN przystosowana do montażu radiotelefonu. W kabinie kierowcy min. 4 gniazda 12V do zasilania urządzeń zewnętrznych. | TAK |  |
| Furgon - lakier w kolorze białym | TAK |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | TAK, podać |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK, podać |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,00m | TAK, (podać parametr oferowany) |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70m | TAK, podać |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi. | TAK, podać |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. | TAK |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | TAK |  |
| 10. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego z możliwością przejścia (izolowana termicznie oraz akustycznie), Rozwiązanie zgodne z PN EN 1789 + A2 2015 lub równoważną Dodatkowo zainstalowany interkom, umożliwiający komunikację pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. | TAK |  |
| 11. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | TAK |  |
| 12. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | TAK |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi umożliwiający mocowanie:- 2 szt. butli tlenowych 10L z reduktorami – wraz z dostawą butli z reduktorami,- krzesełka kardiologicznego (także z systemem płozowym)- noszy podbierakowych,- deski ortopedycznej dla dorosłych,- deski ortopedycznej dla dzieci,- materaca próżniowego,- kamizelki unieruchamiającej typu KED,- min.2 kasków ochronnych,- torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- systemów unieruchamiających głowę- dodatkowy zamykany schowek z miejscem dla pasów do desek, krzesełka i noszy - wyposażenia technicznego (łom, łopata) z systemem ich mocowania | TAK, podać |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne**.**  | TAK |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową, | TAK |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. niewystający poza obrys nadwozia i niezmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową. | TAK |  |
| 17. | Dodatkowy elektryczny stopień boczny | TAK |  |
| 18. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 19. | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | TAK |  |
| 20. | Wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane ze zintegrowanymi kierunkowskazami LED. | TAK |  |
| 21. | Zestaw narzędzi z podnośnikiem, pełnowymiarowe koło zapasowe | TAK |  |
| 22. | Przednie reflektory przeciwmgielne z funkcją doświetlania zakrętów | TAK |  |
| 23. | Zbiornik Adblue o pojemności min. 15l. | TAK, podać |  |
| 24. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | TAK, podać |  |
| 25. | Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus). | TAK |  |
| 26. | Radioodtwarzacz CD z głośnikami w kabinie kierowcy i p. medycznym.  | TAK |  |
| 27. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący (*panel nie dotykowy tzn.. nie typu touch screen)* z wbudowanym wyświetlaczem *min. temperatury*, daty oraz godziny, poziomu naładowania akumulatorów, miernikiem zużycia paliwa, panel sterujący min.następującymi funkcjami: | TAK |  |
| sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze), |  |
| sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika, |  |
| sterowanie oświetleniem przedziału medycznego |  |
| sterowanie sygnalizacją uprzywilejowania (światła niebieskie oraz sygnały dźwiękowe) |  |
| Sterowanie interkomem |  |
| Sterowanie wentylacją przedziału medycznego |  |
| **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. 1900 cm³ | TAK, podać |  |
| 3. | Silnik o mocy min. 160 KM | TAK, podać |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 360 Nm  | TAK, podać |  |
| 5. | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6 | TAK, podać |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | Skrzynia biegów manualna  | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | TAK, podać |  |
| 3. | Napęd na koła przednie i tylne (4x4) | 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. | TAK |  |
| 8. | Asystent ruszania pod górę | TAK |  |
| **V.** | **ZAWIESZENIE** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta, zapewniające stabilność i manewrowość w trudnym terenie | TAK |  |
| **VI.** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | Ze wspomaganiem | TAK |  |
| 2. | Regulacja kolumny kierowniczej w 2 płaszczyznach | TAK |  |
| **VII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK, podać |  |
| 2. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | TAK |  |
| 3. | 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 zgodnie z PN EN 1789 + A2: 2015 lub równoważną | TAK |  |
| 4. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 300 mm x 500 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę. | TAK, podać |  |
| 5. | 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 w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| 6. | Dodatkowa nagrzewnica wodna umożliwiająca ogrzewanie przedziału medycznego, z zaworem odcinającym oraz dodatkową pompą wody | TAK |  |
| **VIII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 160 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | TAK, podać |  |
| 2. | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy. | TAK |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min. 220 A. | TAK, podać |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | TAK |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 Vb) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznymd) zabezpieczenie przeciwporażeniowee) przewód zasilający min 10m. | TAK, podać |  |
| 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 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych. | TAK, podać |  |
| 8 | Przetwornica prądu stałego 12V na 230V prądu zmiennego o mocy 1500W  | TAK, podać |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | W przedniej części dachu sygnalizacja uprzywilejowania zintegrowana z nadwoziem tworząc jedną bryłę, wyposażona w światło niebieskie typu LED. Zamawiający nie dopuszcza belki sygnalizacyjnej. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy min. 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK, podać |  |
| 2. | W tylnej części dachu sygnalizacja uprzywilejowania zintegrowana z nadwoziem (światło niebieskie prawe oraz lewe wspólnie połączone, zintegrowane w jeden moduł), wyposażona w światło niebieskie typu LED, dwa dodatkowe reflektory LED do oświetlenia przedpola. Zamawiający nie dopuszcza belki sygnalizacyjnej.  | 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 po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni | TAK |  |
| 5. | Dodatkowe sygnały pneumatyczne | TAK |  |
| 6. | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego  | TAK |  |
| 7. | W przedniej oraz tylnej części nadwozia (błotniki przednie oraz tylne) lampy niebieskie LED  | TAK |  |
| 8. | Cztery reflektory zewnętrzne 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 |  |
| 9. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (tj. Dz.U. z 2018r, poz. 1251 ze zmianami):**a/** 3 pasy odblaskowe 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 lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków, co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków, co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;**c/** po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” lub „P“  (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy, co najmniej 40 cm, o grubości linii koła  i liter 4 cm,**d/** na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta  | TAK |  |
| **X.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |  |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),2) oświetlenie punktowe, regulowane umieszczone w suficie nad noszami (min. 2 szt.),3) Oświetlenie punktowe, zamontowane nad blatem roboczym | TAK, podać |  |
| **XI.** |  **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |  |  |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO - pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | TAK |  |
| 1. | **1)** Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej):1. szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków, wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. 5 szuflad.
2. min. dwie szuflady z systemem umożliwiającym segregację przewożonego w nich wyposażenia
3. wbudowany pojemnik na zużyte igły,
4. wysuwany kosz na odpady,
5. termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury
6. miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,
7. jeden fotel dla personelu medycznego u wezgłowia noszy, montowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, przesuwany wzdłuż osi pojazdu z możliwością zablokowania w wybranej pozycji. Przesuw bez konieczności użycia dodatkowych narzędzi, umożliwiający wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie, wyposażony w 3-punktowe, bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek, podłokietniki.
 | TAK, podać |  |
| **2)** Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany prawej):1. min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,
2. jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,
3. za fotelem szafka wisząca (podsufitowa) zamykana roletą z min. dwiema półkami, poniżej miejsce na drugi plecak ratunkowy z systemem umożliwiającym korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu (np. uchylny uchwyt/wysuwana szuflada). Poniżej dodatkowy zamykany schowek na wyposażenie medyczne z min. dwiema półkami.
4. uchwyt na butlą tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at,
5. uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,
6. przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego
7. przy drzwiach przesuwnych panel sterujący (nie dotykowy tzn. nie typu touch screen) z wbudowanym wyświetlaczem min. temperatury zewnętrznej oraz wewnętrznej, daty oraz godziny, trybu pracy ogrzewania ora klimatyzacji, umożliwiający:
8. sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym)
9. sterowanie oświetleniem punktowym
10. sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V
11. sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji, z funkcją osuszania powietrza (równoczesne sterowanie ogrzewaniem oraz parownikiem klimatyzacji)
12. Sterowanie interkomem
13. Wbudowana regulacja poziomu głośności z radioodbiornika zainstalowanego w kabinie kierowcy
 | TAK, podać |  |
| **3)** Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany lewej):1. min. pięć podsufitowych szafek z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia
2. pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami­ 12V (min. 3 szt.), gniazdami 230V 2 szt.
3. poniżej gniazd system paneli przesuwnych, składający się z min. 2 płyt, umożliwiających montaż defibrylatora oraz dowolnej pompy infuzyjnej. System umożliwiający przesuw sprzętu oraz blokadę w wybranej pozycji.
4. na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,
5. szafa z dwiema niezależnymi roletami. W części górnej pojemniki do uporządkowanego transportu i segregacji leków oraz innego wyposażenia medycznego, w części dolnej miejsce na sak przenośny, torbę opatrunkową z dostępem także od strony schowka technicznego (podwójny dostęp).
6. duży plaski panel informacyjny umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie.
7. szafa z systemem mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej.
8. tylnej części ściany lewej szafka na wyposażenie medyczne, zamykana roletami z min. 4 półkami
9. w zabudowie meblowej ściany lewej miejsce na szyny Kramera
 | TAK, podać |  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | TAK, podać |  |
| 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 (oddzielne gniazda pojedyncze), b) sufitowy punkt poboru tlenu, c) mocowanie 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych – wraz z dostawą butli z reduktorami,d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,e) konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony.f) na ścianie lewej obok fotela, wbudowany w ścianę dozownik tlenu, umożliwiający bezpośrednie podłączenie maseczki tlenowej lub kaniuli poprzez gniazda sufitowe. | TAK, podać |  |
| 5. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu | TAK, podać |  |
| 6. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 7. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | 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 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu: | TAK |  |
| a) dostrojona na zakres częstotliwości 168.900 Mhz, | TAK |  |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm, | TAK |  |
| c) współczynnik fali stojącej ≤ 1,0, | TAK |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | TAK |  |
| 4. | Radiostacja np. Motorola z modułem GPS- zakres częstotliwości 136-174 MHz- moc nadajnika H/L 25W- tryb cyfrowy i analogowy- tryb cyfrowy NXDN lub DMR do wyboru w jednym urządzeniu lub równoważny- odstęp międzykanałowy w trybie cyfrowym 6,25 kHz i 12,5 kHz- odstęp międzykanałowy w trybie analogowym 12,5/20/25 kHz- kodek mowy AMBE+2- rejestracja rozmów w wewnętrznej pamięci urządzenia- wewnętrzny głośnik 4W- możliwość programowania drogą radiową- 4-liniowy, 14 znakowy wyświetlacz - min 500 kanałów  | TAK, podać |  |
| 5. | Kabina kierowcy przystosowana do montażu tabletu systemu SWDPRM zamontowany uchwyt tabletu, bez stacji dokującej (po stronie Zamawiającego), wykonana instalacja elektryczna. W przedziale med. uchwyt na drukarkę. | 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 LED, | TAK |  |
| 4. | Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy | TAK |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
| 6. | Kamera biegu wstecznego oraz kamera w p. medycznym, wyświetlacz w lusterku wstecznym | TAK |  |
| 7. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| 8. | Komplet dodatkowych opon zimowych wraz z felgami i czujnikami ciśnienia, ambulans winien być dostarczony na oponach letnich | TAK |  |
| 9. | DOKUMENTY SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO (zgodnie z punktem 7.7.5 SIWZ)**Certyfikat** potwierdzający pozytywnie przeprowadzone dynamiczne badania wytrzymałościowe (kompleksowe testy zderzeniowe całego ambulansu a nie poszczególnych jego elementów) zgodnie z wymaganiami zharmonizowanej Normy Europejskiej PN EN 1789 + A2 : 2015 lub równoważnej – wykonane przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z normą lub normą do niej równoważną.Załączyć również **sprawozdanie z badań** wraz z **dokumentacją techniczną do sprawozdania**, określającą schemat zabudowy będącej przedmiotem badania - załączyć zdjęcia z badania oraz rysunki techniczne zabudowy potwierdzone przez jednostkę wykonującą badanie.Typ pojazdu badanego określony w sprawozdaniu z badań dynamicznych musi odpowiadać typowi pojazdu określonemu w załączonej homologacji pojazdu skompletowanego. | TAK |  |
| 10. | DOKUMENTY SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO (zgodnie z punktem 7.7.6 SIWZ)Aktualna całopojazdowa homologacja typu WE pojazdu skompletowanego (oferowanego ambulansu typu C) i podstawowego (samochodu ciężarowego), zgodna z Rozporządzeniem Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 25.03.2013 r. (tj. Dz.U. z 2015. poz. 1475) w sprawie homologacji typu pojazdów samochodowych i przyczep oraz ich przedmiotów wyposażenia lub części oraz Dyrektywą 2007/46/WE. Numer świadectwa homologacji typu WE pojazdu podstawowego musi być ujęty w świadectwie homologacji typu WE pojazdu skompletowanego oraz posiadać informacje o dacie wydania homologacji pojazdu podstawowego i skompletowanego. Numery homologacji pojazdu podstawowego i skompletowanego muszą być zgodnie z Dyrektywą 2007/46/WE załącznik nr VII składać się z 4 sekcji informujących o:- państwie członkowskim wydającym homologację - numerze ostatniej dyrektywy lub rozporządzenia zmieniającego, włącznie z aktami wykonawczymi stosowanymi do danej homologacji;- czterocyfrowym numerze porządkowym;- dwucyfrowym numerze porządkowym określającym rozszerzenie.Numer homologacji oferowanego pojazdu podstawowego musi być zbieżny z numerem homologacji oferowanego pojazdu skompletowanego i odpowiadać oferowanemu pojazdowi. Podać numer homologacji pojazdu bazowego i pojazdu skompletowanego. Nie jest wymagane składanie wraz z ofertą załączników do homologacji, lecz w przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania wykonawcy do ich przedłożenia celem weryfikacji zgodności oferty z wymogami SIWZ. | TAK |  |
| 11. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu  | TAK, wskazać |  |
|  12. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| **XV.** | **GWARANCJA I SERWIS (dot. ambulansu wraz z zabudową)** |  | ----------------------------------------------- |
| 1. | Termin rozpoczęcia gwarancji - od daty podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego |  |  |
| 2. | Terytorialny zasięg ochrony gwarancyjnej obejmuje Europę  |  |  |
| 3. | Gwarancja mechaniczna**,** nie krócej niż 24 miesiące od daty dostawy (bez limitu km). | TAK, podać w miesiącach |  |
| 4. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu 36 miesięcy od daty dostawy | TAK, podać w miesiącach |  |
| 5. | Gwarancja na perforację min. 120 miesięcy od daty dostawy | TAK, podać w miesiącach |  |
| 6. | Gwarancja na zabudowę medyczną min. 24 miesiące od daty dostawy | TAK, podać w miesiącach |  |
| 7. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 miesiące od daty dostawy | TAK, podać w miesiącach |  |
| 8. | Instrukcje obsługi w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |
| 9. | Reakcja na zgłoszenie serwisowe nie więcej niż 48 godzin od momentu zgłoszenia awarii Wykonawcy | TAK |  |
| 10. | W przypadku awarii oferowanego ambulansu, bez względu na  to czy awaria wystąpi w pojeździe bazowym czy zabudowie specjalnej, wykonawca zapewni pojazd zastępczy w terminie 72h od zgłoszenia awarii przez Zamawiającego  | TAK |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

**TABELA NR 2 – WYMAGANIA GRANICZNE WYPOSAŻENIA MEDYCZNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane graniczne warunki (parametry) dla wyposażenia medycznego**  | **WYMOGI GRANICZNE** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla wyposażenia medycznego**podać, opisać |
| **I** | **NOSZE GŁÓWNE**  | TAK |  |
|  | Nosze fabrycznie nowe. Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | TAK |  |
|  | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK |  |
|  | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | TAK |  |
|  | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 75 stopni. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście. | TAK |  |
|  | Z zestawem 3 pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | TAK |  |
|  | Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące | TAK |  |
|  | Ze składanymi poręczami bocznymi  | TAK |  |
|  | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | TAK |  |
|  | Rama noszy wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK |  |
|  | Składany teleskopowo statyw na płyny infuzyjne. | TAK |  |
|  | Waga noszy max. 23 kg (podać) | TAK, podać |  |
|  | Trwałe, oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. Odblaskowe oznaczenia. | TAK |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego. | TAK |  |
|  | Dodatkowy zestaw pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie dopuszczalne min. 227 kg (podać) | TAK, podać |  |
| **IA** | **GWARANCJA I SERWIS NOSZY GŁÓWNYCH** | **Wymagania graniczne TAK / Wskazać** |  |
| 1. | Przedmiot gwarancji: cały dostarczony sprzęt (w tym również sprzęt medyczny) łącznie z wyposażeniem dodatkowym. Gwarancja obejmuje także: przeglądy w okresie gwarancji, wymiany - naprawy uszkodzonych części, dojazdy - przejazdy pracowników serwisu Wykonawcy, robociznę, wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnej. | TAK |  |
| 2. | Terytorialny zasięg ochrony gwarancyjnej obejmuje Europę | TAK |  |
| 3. | Okres gwarancji (gwarancja bez limitu godzin) - minimum 24 miesiące od daty dostawy | TAK, wskazać w miesiącach |  |
| 4. | Czas reakcji na zgłoszenie uszkodzenia (na miejscu u użytkownika) - maksymalnie 48 godzin w dniach roboczych | TAK |  |
| 5. | Czas oczekiwania na usuniecie uszkodzenia - maksymalnie 5 dni roboczych | TAK |  |
| 6. | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji - maksymalnie 24 godziny (liczone w dniach roboczych) | TAK |  |
| 7. | Wymiana sprzętu na nowy w razie wystąpienia awarii nie dającej się naprawić | TAK |  |
| 8. | Dostępność części zamiennych - minimum 10 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 9. | Adres najbliższego serwisu. Podać jego adres wraz z numerem faksu i adresem e-mail, które będą służyć do kontaktu  | Podać |  |
| 10. | Liczba przeglądów w okresie gwarancji | Podać |  |
| 11. | Gruntowny, bezpłatny przegląd urządzeń w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
| 12. | Wystawienie paszportów technicznych | TAK |  |
| 13. | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia personelu w zakresie obsługi | TAK |  |
| 14. | Sprzęt zastępczy na czas naprawy, jeżeli naprawa trwa dłużej niż 48 godzin | TAK |  |
| **II** | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH**  |  |  |
|  | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę. | TAK |  |
|  | Szybki, bezpieczny i łatwy system połączenia z noszami. | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia | TAK |  |
|  | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | TAK |  |
|  | Wyposażony w min. 4 kółka w tym min. 2 obrotowe w zakresie 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce. | TAK, podać |  |
|  | Fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem | TAK |  |
|  | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. | TAK, podać |  |
|  | 4 główne uchwyty transportera | TAK |  |
|  | Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK |  |
|  | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera. Odblaskowe oznaczenia. | TAK |  |
|  | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie dopuszczalne transportera min. 227 kg. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego. | TAK |  |
|  | Waga transportera max 28 kg. Dopuszcza się wyższą wagę transportera do max. 36 kg przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1789 i PN EN 1865 lub równoważnej, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC - dostarczyć przy dostawie | TAK, podać |  |
|  | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami PN EN 1789 lub równoważnej. Poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC - dostarczyć przy dostawie | TAK |  |
|  | Oferowany system transportowy (nosze i transporter) musi spełniać wymagania ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019r. poz. 175 ze zmianami) | TAK |  |
| **IIA** | **GWARANCJA I SERWIS TRANSPORTERA NOSZY GŁÓWNYCH** | **Wymagania graniczne TAK / Wskazać** |  |
| 1. | Przedmiot gwarancji: cały dostarczony sprzęt (w tym również sprzęt medyczny) łącznie z wyposażeniem dodatkowym. Gwarancja obejmuje także: przeglądy w okresie gwarancji, wymiany - naprawy uszkodzonych części, dojazdy - przejazdy pracowników serwisu Wykonawcy, robociznę, wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnej. | TAK |  |
| 2. | Terytorialny zasięg ochrony gwarancyjnej obejmuje Europę | TAK |  |
| 3. | Okres gwarancji (gwarancja bez limitu godzin) - minimum 24 miesiące od daty dostawy | TAK, wskazać w miesiącach |  |
| 4. | Czas reakcji na zgłoszenie uszkodzenia (na miejscu u użytkownika) - maksymalnie 48 godzin w dniach roboczych | TAK |  |
| 5. | Czas oczekiwania na usuniecie uszkodzenia - maksymalnie 5 dni roboczych | TAK |  |
| 6. | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji - maksymalnie 24 godziny (liczone w dniach roboczych) | TAK |  |
| 7. | Wymiana sprzętu na nowy w razie wystąpienia awarii nie dającej się naprawić | TAK |  |
| 8. | Dostępność części zamiennych - minimum 10 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 9. | Adres najbliższego serwisu. Podać jego adres wraz z numerem faksu i adresem e-mail, które będą służyć do kontaktu  | Podać |  |
| 10. | Liczba przeglądów w okresie gwarancji | Podać |  |
| 11. | Gruntowny, bezpłatny przegląd urządzeń w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
| 12. | Wystawienie paszportów technicznych | TAK |  |
| 13. | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia personelu w zakresie obsługi | TAK |  |
| 14. | Sprzęt zastępczy na czas naprawy, jeżeli naprawa trwa dłużej niż 48 godzin | TAK |  |
| **III** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE SKŁADANE**  |  |  |
|  | Podać markę, model i rok produkcji, fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Oferowane krzesełko kardiologiczne musi spełniać wymagania ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019r. poz. 175 ze zmianami) | TAK |  |
|  | Wykonane z wytrzymałego materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących. | TAK |  |
|  | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach. | TAK |  |
|  | Wyposażone w górny uchwyt teleskopowo regulowany w min 3 pozycjach. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażone w demontowalne siedzisko. | TAK |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego winylu, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję. | TAK |  |
|  | Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu. | TAK |  |
|  | Wyposażone w min 4 kółka transportowe z czego min 2 obrotowe wyposażone w hamulce | TAK, podać |  |
|  | Średnica tylnych kółek min. 175 mm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażone w min. 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie. | TAK, podać |  |
|  | Wysokość górnej ramy oparcia w rozłożonym krzesełku mierzona od podłogi - min. 1130 mm, max. 1540 mm. - zapewniająca komfort dla pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Waga max 12 kg | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie minimum 180 kg | TAK, podać |  |
| **IIIA** | **GWARANCJA I SERWIS KRZESEŁKA KARDIOLOGICZNEGO**  | **Wymagania graniczne TAK / Wskazać** |  |
| 1. | Przedmiot gwarancji: cały dostarczony sprzęt (w tym również sprzęt medyczny) łącznie z wyposażeniem dodatkowym. Gwarancja obejmuje także: przeglądy w okresie gwarancji, wymiany - naprawy uszkodzonych części, dojazdy - przejazdy pracowników serwisu Wykonawcy, robociznę, wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnej. | TAK |  |
| 2. | Terytorialny zasięg ochrony gwarancyjnej obejmuje Europę | TAK |  |
| 3. | Okres gwarancji (gwarancja bez limitu godzin) - minimum 24 miesiące od daty dostawy | TAK, wskazać w miesiącach |  |
| 4. | Czas reakcji na zgłoszenie uszkodzenia (na miejscu u użytkownika) - maksymalnie 48 godzin w dniach roboczych | TAK |  |
| 5. | Czas oczekiwania na usuniecie uszkodzenia - maksymalnie 5 dni roboczych | TAK |  |
| 6. | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji - maksymalnie 24 godziny (liczone w dniach roboczych) | TAK |  |
| 7. | Wymiana sprzętu na nowy w razie wystąpienia awarii nie dającej się naprawić | TAK |  |
| 8. | Dostępność części zamiennych - minimum 10 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 9. | Adres najbliższego serwisu. Podać jego adres wraz z numerem faksu i adresem e-mail, które będą służyć do kontaktu  | Podać |  |
| 10. | Liczba przeglądów w okresie gwarancji | Podać |  |
| 11. | Gruntowny, bezpłatny przegląd urządzeń w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK |  |
| 12. | Wystawienie paszportów technicznych | TAK |  |
| 13. | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia personelu w zakresie obsługi | TAK |  |
| 14. | Sprzęt zastępczy na czas naprawy, jeżeli naprawa trwa dłużej niż 48 godzin | TAK |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela

**TABELA NR 3 – PARAMETRY OCENIANE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elementy przedmiotu zamówienia podlegające ocenie** | **Ilość punktów** | **Podać: TAK, NIE lub konkretny parametr** |
| **I. NADWOZIE** |  |  |
| Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi tłoczonymi profilami w kolorze białym, w całości odzwierciedlającymi kształt nadwozia (osłaniającym wręgi, słupki, nadkola max. 3 elementy tzn. wewnętrzne poszycie sufitu, poszycie ściany lewej oraz ściany prawej | Tak - 10 pkt Nie - 0 pkt |  |
| Długość przedziału medycznego min. 3,00m- Parametr dodatkowo punktowany po spełnieniu określonego minimum | Powyżej 3,15 - 5 pkt3,00m-3,15m - 0 pkt |  |
| Zewnętrzny schowek techniczny wyposażony dodatkowo w wysuwaną szufladę o pojemności min 40 L. (podać rozmiary długość, szerokość, wysokość, pojemność) szuflada umożliwiająca umieszczenie w niej pojemnika reimplantacyjnego / lodówki o pojemności min. 7L. | Tak - 5 pkt Nie - 0 pkt |  |
| Kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera | Tak - 5 pktNie - 0 pkt |  |
| **IV. UKŁAD HAMULCOWY I SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** |  |  |
| System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny. | TAK - 2 pktNIE - 0 pkt |  |
| **VII. OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |  |
| Pomocnicze zależne od silnika ogrzewanie elektryczne (12V) współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury | TAK - 3 pkt NIE - 0 pkt |  |
| **XI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |  |  |
| Odpowiednio przygotowane miejsce w szufladzie, umożliwiające montaż drukarki SWDPRM. Rozwiązanie musi być elementem pozytywnie przeprowadzonego testu dynamicznego.Załączyć jako potwierdzenie schemat zabudowy. Załączyć zdjęcie oferowanego rozwiązania. | TAK - 5 pkt NIE - 0 pkt |  |
| W podłodze ambulansu umieszczone dwie szyny umożliwiające szybki montaż oferowanej lawety pod nosze główne. Rozwiązanie winno umożliwiać wymianę podstawy (zamianę na podstawę o większej ładowności w celu transportu pacjenta bariatrycznego), bez konieczności użycia kanału lub podnośnika. Montaż lawety do przesuwnych paneli umożliwiających mocowanie oferowanej podstawy pod nosze główne bez ingerowania w podłogę ambulansu. System jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu. | TAK - 5 pktNIE- 0 pkt |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela