##### Załącznik Nr 8 do SIWZ

**Załącznik nr 1 do umowy**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia –**

**Parametry wymagane użytkowo – techniczne pojazdu i wyposażenia**

**Ambulans typ C z wyposażeniem**

**dla Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Gdyni**

1. Zamawiający wymaga by oferowany pojazd był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, z roku produkcji 2017 r. z minimalną 2 letnią pełną gwarancją - bez limitu kilometrów.
2. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu kompletnego, czyli przed wykonaniem adaptacji

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu skompletowanego, czyli po wykonaniu adaptacji

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Termin dostawy pojazdu w pełni skompletowanego do 27 grudnia 2017 r.
2. Ambulans ma spełniać wymagania określone w aktualnej polskiej normie PN-EN 1789 typ ambulansu C (lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do przedmiotu zamówienia.
3. Wykonawca zobowiązany jest to zaoferowania następujących warunków gwarancji ambulansu:
4. **minimalne** okresy gwarancji od daty podpisania protokołu dostawy: 24 miesiące na pojazd bazowy bez limitu przebiegu km, 24 miesiące na zabudowę specjalistyczną, 24 miesiące na aparaturę i sprzęt medyczny, 120 miesięcy na perforację nadwozia,
5. wykonawca zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji ambulansu o czas jego naprawy,
6. wykonawca zobowiązany jest do dokonywania w okresie gwarancji przeglądów i napraw zgodnych z instrukcją obsługi producenta ambulansu,
7. wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia,
8. wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia zastępczego ambulansu wraz z noszami samojezdnymi na czas naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze na koszt wykonawcy,
9. w przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej przedmiotu zamówienia wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **TAK/****NIE\*** | **Parametr oferowany (*proszę wpisać*)\*\*****dla wyposażenia dodatkowego (ponad standardowego dla danego modelu) podać kody producenta np. klimatyzacja kod XX00, dla wyposażenia standardowego proszę wpisać „standard”.** |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie dotyczącym pojazdu bazowego** |
| **I.** | **NADWOZIE** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. |  |  |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z łatwo zmywalną tapicerką |  |  |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą  |  |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby |  |  |
|  | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o  |  |  |
|  | Elektrycznie domykane lewe i prawe drzwi przesuwne (do zewnętrznego schowka i przedziału medycznego) – rozwiązanie fabryczne.Fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego  |  |  |
|  | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny  |  |  |
|  | Stopień wejściowy wewnętrzny |  |  |
|  | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu.  |  |  |
|  | Reflektory przeciwmgielne przednie |  |  |
|  | Kolor biały |  |  |
| **II.** | **SILNIK** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Wysokoprężny (turbo-diesel) z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa (Common Rail) o maksymalnym zużyciu paliwa poniżej 20l/100 km. |  |  |
|  | Moc silnika min. 160 KM, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm  |  |  |
|  | Spełniający wymogi normy emisji spalin EURO 6 lub Euro VI |  |  |
|  | Napęd rozrządu w formie łańcucha |  |  |
| **III** | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Skrzynia biegów automatyczna min. 6 stopniowa, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów  |  |  |
|  | Napęd na koła przednie lub tylne |  |  |
| **IV.** | **ZAWIESZENIE** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Zawieszenie ze stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie hydropneumatyczne (pneumatyczne) ze stabilizacją  |  |  |
|  | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność o manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta |  |  |
| **V.** | **UKŁAD HAMULCOWY** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania,  |  |  |
|  | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania  |  |  |
|  | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy np. ESP |  |  |
|  | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR |  |  |
|  | Z systemem wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA i przerywanym trybem działania świateł STOP w przypadku nagłego hamowania |  |  |
|  | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) |  |  |
| **VI.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Alternator o wydajności min. 200 A |  |  |
|  | Dwa akumulatory, każdy o pojemności min. 90 Ah |  |  |
| **VII.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | **-------** | **-----------------------------------------** |
|  | Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera |  |  |
|  | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy |  |  |
|  | Regulowana kolumna kierownicy w co najmniej dwóch płaszczyznach |  |  |
|  | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne |  |  |
|  | Elektrycznie podgrzewana szyba przednia |  |  |
|  | Czujnik zmierzchu i deszczu |  |  |
|  | Klimatyzacja kabiny kierowcy |  |  |
|  | Pełnowymiarowe koło zapasowe |  |  |
|  | Fabryczny aktywny system serwisowy automatycznie obliczający na podstawie sposobu i warunków eksploatacji (np. na podstawie lepkości oleju silnikowego – podać sposób) i wskazujący użytkownikowi w każdym momencie eksploatacji ilość kilometrów do następnego przeglądu serwisowego |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie** **adaptacji na ambulans sanitarny** |
| **I.** | **NADWOZIE** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznegow mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800  |  |  |
|  | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. Podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). |  |  |
| **II.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik – podać markę i model.  |  |  |
|  | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. Moc grzewcza 2000 W. |  |  |
|  | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału kierowcy i przedziału medycznego, umożliwiający ogrzanie silnika a także kabiny kierowcy i przedziału medycznego przed rozruchem silnika – podać markę i model (Zamawiający dopuszcza by urządzenie było wyposażeniem fabrycznym pojazdu bazowego). |  |  |
|  | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. Podać markę i model wentylatora. |  |  |
|  | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa).  |  |  |
|  | Niezależne od pracy i układu chłodzenia silnika ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5.0 kW tzw. Powietrzne (proszę podać markę i model urządzenia). |  |  |
|  | Otwierany szyber – dach fabrycznie przystosowany do pełnienia funkcji wyjścia ewakuacyjnego o minimalnych wymiarach 800 mm x 500 mm, zamontowany zgodnie z zaleceniami producenta szyber dachu (proszę podać markę i model, wymiary, sposób montażu względem osi pojazdu dłuższego boku, załączyć do oferty instrukcję użycia jako wyjście ewakuacyjne). |  |  |
| **III.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Instalacja elektryczna 230 V: - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka) - min. 2 gniazda w przedziale medycznym wewnętrznym - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. |  |  |
|  | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  |  |  |
|  | Instalacja elektryczna 12V:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych. - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki. |  |  |
|  | Grzałka w bloku silnika (układzie chłodzenia silnika) zasilana z sieci 230V (dodatkowe gniazdo zewnętrzne z przewodem zasilającym od długości min. 10,0 m) |  |  |
|  | Inwertor prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1000W (prąd w „sinusie”), w trakcie jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora). |  |  |
|  | Instalacja do systemu SWD wraz z dedykowanym uchwytem pełniącym jednocześnie rolę ładowarki pod tablet Durabook R11 AH2 zamontowanym w kabinie kierowcy. W przedziale medycznym uchwyt do drukarki HP Office-Jet 100 Mobile Printer – szczegóły do ustalenia z Zamawiającym po wyborze Wykonawcy |  |  |
|  | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. |  |  |
| **IV.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | W przedniej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz wyświetlacz LED-owy z napisem „AMBULANS” (załączyć homologację cząstkową na REG. 65). W komorze silnika lub w pasie przednim zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem Zamawiający nie dopuszcza sygnalizacji świetlnej realizowanej przez belki zespolone lub lampy np. typu kogut lub lampy kierunkowe; sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami) ma być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem) tworząc jedną bryłę. |  |  |
|  | Na wysokości podszybia 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  |  |  |
|  | Na lusterkach bocznych, przednich błotnikach i tylnych słupkach niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED |  |  |
|  | W tylnej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania pola za pojazdem oraz tablicę LEDową (załączyć homologację cząstkową na REG. 65). Tablica LEDowa ma mieć możliwość wyświetlania dowolnych napisów (np. Ambulans, Wypadek, Objazd – również w wersji lustrzanej) oraz znaków np. wskazujących kierunek objazdu ambulansu (<<<<, >>>>, ←←, →→). Napisy wprowadzane za pomocą panelu sterującego znajdującego się w kabinie kierowcy (podać markę i model oraz załączyć homologację cząstkową na REG. 65)Zamawiający nie dopuszcza sygnalizacji świetlnej realizowanej przez belki zespolone lub lampy np. typu kogut lub lampy kierunkowe; sygnalizacja świetlna ma być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespolona z nadwoziem) tworząc jedną bryłę. |  |   |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik, umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. |  |  |
|  | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu drzwi . |  |  |
|  | Oznakowanie pojazdu: - pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.1. pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,
2. pas odblaskowy z foli typu 1 lub 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu,
3. pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. ,.a)
 |  |  |
|  | Napis lustrzany „AMBULANS” barwy czerwonej z przodu pojazdu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. |  |  |
|  | Wzór graficzny systemu „PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE” z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu -zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne . |  |  |
|  | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego „P” po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych - zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. |  |  |
|  | Nazwa dysponenta jednostki: POGOTOWIE RATUNKOWE GDYNIA – po obu stronach pojazdu, oraz na drzwiach tylnych (wielkość liter do uzgodnienia po podpisaniu umowy). |  |  |
|  | Reflektory zewnętrzne typu LED, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 30 km/h.Reflektory mają mieć możliwość zdalnego gaszenia z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu bazowego. |  |  |
|  | Dodatkowe sygnały pneumatyczne (podać markę, model) |  |  |
| **V.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz- współczynnik fali stojącej -1,6- polaryzacja pionowa- charakterystyka promieniowania –dookólna- odporność na działanie wiatru 55 m/s- doprowadzenie istalacji radiowej do kabiny kierowcy  |  |  |
|  | W przedziale medycznym głośnik z możliwością podłączenia do radiotelefonu. |  |  |
| **VI.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Oświetlenie sufitowe rozproszone typu LED w kolorze naturalnym. |  |  |
|  | Co najmniej 2 sufitowe skupione punkty świetlne nad noszami z regulacją kąta padania światła.  |  |  |
|  | Oświetlenie punktowe blatu roboczego. |  |  |
| **VII.** | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. |  |  |
|  | Wzmocnione ściany boczne umożliwiające montaż sprzętu medycznego. |  |  |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |  |
|  | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy, z systemem przesuwu wzdłuż noszy wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia - podać zakres regulacji). System przesuwu wzdłuż osi noszy nie wymagający od Użytkownika demontażu fotela tzn: możliwość przesuwania fotela analogicznie jak dla fotela kierowcy. Fotel wraz z systemem przesuwu przebadany na zgodność z REG 14 dla „typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa” i REG 17 dla „typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań”.  |  |  |
|  | Fotel u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa.Fotel z możliwością przesuwu w kierunku od noszy do ściany działowej w zakresie zapewniającym prawidłowe korzystanie z fotela tj. zarówno zajęcie prawidłowej pozycji przy noszach, odsunięcie fotela od noszy w celu obejścia noszy jak i ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy .Podać markę i model oferowanego fotela.Fotel wraz podstawą przebadany na zgodność z REG 14 dla „typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa” i REG 17 dla „typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań”.  |  |  |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi (minimalne wymiary mierzone w świetle : wysokość 1800 mm , szerokość 400 mm - - podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789. |  |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa,- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.). |  |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną( blat roboczy na wysokości min. 100 cm ±10) , z szufladami (min. 2 szt.)- kosz na śmieci - ampularium |  |  |
|  | Miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem - zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków  |  |  |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. |  |  |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. |  |  |
|  | Na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji.Uwaga - Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. |  |  |
|  | Centralna instalacja tlenowa:- zamontowany na ścianie lewej panel z minimum 2 gniazdami poboru tlenu typu AGA - jeden wypinany przepływomierz do gniazd typu AGA- sufitowy punkt poboru typu AGA  - 2 reduktory z szybkozłączką i manometrem służące do włączenia butli tlenowych 10 L do instalacji tlenowej,- 2 butle 10 l |  |  |
|  | Mechaniczna podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności). |  |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych.  |  |  |
|  | W przedziale medycznym ma być zapewnione miejsce mocowania dodatkowego sprzętu medycznego tj. ssak elektryczny, pompa infuzyjna |  |  |
| **VIII.** | **WYMAGANIA DODATKOWE** | ------------ | ----------------------------------------------- |
|  | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa- gaśnicę- panel sterujący:* + informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
	+ z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)
	+ informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu
	+ sterujący oświetleniem przedziału medycznego
	+ sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego
	+ zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego (zależnego od pracy silnika, niezależnego od pracy silnika, postojowego z sieci 230V) i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury
	+ panel sterujący z wysoko kontrastowym (rozdzielczość co najmniej 800x400 pixeli - podać) kolorowym (min. 260 tys. kolorów - podać wartość oferowaną) wyświetlaczem dotykowym (typu touch screen) zapewniającym dobrą widoczność (o wymiarach min. 90x150 mm – podać wartość oferowaną )
 |  |  |
|  | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:- panel sterujący:* + informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych
	+ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V
	+ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy
	+ informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego
	+ sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych)
	+ posiadający funkcję panelu sterującego z przedziału medycznego
	+ panel sterujący z wysoko kontrastowym (rozdzielczość co najmniej 800x400 pixeli - podać) kolorowym (min. 260 tys. kolorów - podać wartość oferowaną) wyświetlaczem dotykowym (typu touch screen) zapewniającym dobrą widoczność (o wymiarach min. 90x150 mm – podać wartość oferowaną)
 |  |  |
|  | Z przodu pojazdu na wysokości pasa przedniego dodatkowe reflektory dalekosiężne halogenowe |  |  |
|  | Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanym w kabinie kierowcy. |  |  |
|  | Przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie, czas pracy na zasilaniu akumulatorowym 2 godziny (przy maksymalnym natężeniu światła), natężenie światła min. 300 lm, klasa odporności min. IP 65, waga do 300 gr., wyposażony w stojak oraz ładowarkę 12V i 230V (podać markę i model) |  |  |
|  | Sygnalizator cofania |  |  |
|  | Nakładki zabezpieczające progi wejściowe przy drzwiach lewych i prawych do kabiny kierowcy |  |  |
|  | Lamka typu „copilot” (na giętkim przewodzie) zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera |  |  |
|  | Radioodtwarzacz CD  |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie sprzętu medycznego** |
|  | **NOSZE GŁÓWNE** podać markę i model, **załączyć folder**  |  |  |
| przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; |  |  |
| nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; |  |  |
| z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni; |  |  |
| rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; |  |  |
| z zestawem pasów zabezpieczających o regulowanej długości, mocowane bezpośrednio do ramy noszy  |  |  |
| nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;  |  |  |
| składane poręcze boczne, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy oraz dodatkowo chowanymi rączkami bocznymi do przenoszenia pacjentów o znacznej wadze tzw. bariatrycznych |  |  |
| z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; |  |  |
| nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi;  |  |  |
| cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych , wyposażony w podgłówek umożliwiający dopinanie lub odpinanie lub ułożenie głowy w trzech pozycjach tj. na wznak , z odgięciem do tyłu , przygięciem do klatki piersiowej  |  |  |
| wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy  |  |  |
| obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) |  |  |
| waga oferowanych noszy max. 23 kg (podać wagę noszy w kg); |  |  |
| nosze główne - sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1: 2012 lub normy równoważnej). Załączyć do oferty deklarację zgodności CE, deklarację zgodności z wymaganymi normami , instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry.  |  |  |
|  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** podać markę i model, załączyć folder |  |  |
|  | z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami, |  |  |
| z możliwością zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy, |  |  |
| z wielostopniową regulacją wysokości minimum w 7 poziomach, |  |  |
| wyposażony w min. 4 kółka jezdne o średnicy min 15 cm , obrotowe/skrętne w zakresie o 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce |  |  |
| możliwością zablokowania dwóch kół do jazdy na wprost, |  |  |
| możliwość odblokowania kółek do jazdy na wprost realizowana przez fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnego miejsca na obwodzie transportera |  |  |
| 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. |  |  |
| blokada przed mimowolnym opadnięciem transportera w dół (przy przypadkowym wciśnięciu dźwigni zwalniającej) |  |  |
| obciążenie dopuszczalne co najmniej 230 kg + waga noszy |  |  |
| transporter noszy musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie go środkami antykorozyjnymi, odporny na środki dezynfekujące. |  |  |
| możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia, |  |  |
| z systemem mocowania transportera do lawety ambulansu |  |  |
| transporter muszi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;  |  |  |
| transporter noszy głównych - sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1: 2012 lub normy równoważnej. Załączyć do oferty deklarację zgodności CE , deklarację zgodności z wymaganymi normami , instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry; |  |  |
| **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH** podać markę i model, **załączyć folder** |  |  |
|  | wykonana z tworzywa sztucznego o dużej wytrzymałości ,odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury, substancje ropopochodne, zwężona od strony nóg ułatwiająca manewrowanie w ciasnych przestrzeniach  |  |  |
| gładka, płaska powierzchnia leża pacjenta, |  |  |
| z możliwością prześwietlania promieniami X, |  |  |
| uchwyty do przenoszenia – min 16 szt. rozmieszczone na obwodzie deski, zdystansowane od podłoża, |  |  |
| pasy zabezpieczające dwuczęściowe min 4 sztuki z możliwością regulacji długości zakończone metalowymi obrotowymi karabińczykami, zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza, |  |  |
| system unieruchomienia głowy składający się z podkładki pod głowę mocowanej do deski ortopedycznej , dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami usznymi + min. dwa paski mocujące głowę |  |  |
| dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg, |  |  |
| parametry:- długość min 180 cm- szerokość min 45 cm- ciężar deski max 8 kg |  |  |
| deska ortopedyczna dla dorosłych - sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1: 2012 lub normy równoważnejZałączyć do oferty deklarację zgodności CE , deklarację zgodności z wymaganymi normami , instrukcję obsługi producenta potwierdzającą oferowane parametry. |  |  |
| **CIŚNIENIOMIERZ ŚCIENNY MECHANICZNY**podać markę i model**, załączyć folder** |  |  |
|  | tarcza ciśnieniomierza duża o przekątnej min 12 cm  |  |  |
| w kpl. zestaw mankietów łączonych w pełnej rozmiarówce zgodnie z normą PN EN 1789 łaczone z ciśnieniomierzem za pomocą zatrzasku typu FlexiPort  |  |  |
| mocowany do ściany ambulansu , w kpl. kosz na mankiety  |  |  |
| Ciśnieniomierz ścienny mechaniczny Załączyć do oferty deklarację zgodności CE , deklarację zgodności z wymaganymi normami , instrukcję obsługi producenta potwierdzającą oferowane parametry. |  |  |
| **DEFIBRYLATOR**podać markę i model, **załączyć folder** |  |  |
|  | Nazwa, numer katalogowy:  |  |  |
| Producent: |  |  |
| Okres gwarancji: minimum 24 miesiące |  |  |
| Zasilanie akumulatorowe, w zestawie minimum trzy akumulatory litowo-jonowe bez efektu pamięci |  |  |
| Ilość wyładowań (praca na akumulatorach) przy mocy 360 J i temperaturze otoczenia 20ºC - min. 360 wyładowań lub min. 330 minut ciągłego monitorowania EKG |  |  |
| Minimum dwa gniazda akumulatorów: możliwość wymiany akumulatora bez przerywania pracy urządzenia (na zasilaniu akumulatorowym) |  |  |
| Ładowarka do akumulatorów: moduł zintegrowany lub oddzielny: zasilanie z sieci 220 V lub 24V |  |  |
| Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy nie większa niż 10 kg |  |  |
| Aparat wyposażony w ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 8,0 cali |  |  |
| Wyświetlanie co najmniej 3 krzywych dynamicznych |  |  |
| Monitorowanie EKG z 12 odprowadzeń z funkcją doradczą biorącą pod uwagę podczas analizy: wiek i płeć pacjenta |  |  |
| Wzmocnienie sygnału EKG na minimum ośmiu poziomach: 0,25; 0,5; 1,0; 1,5; 2,0; 2,5; 3,0; 4,0 cm/mV |  |  |
| Prezentacja tętna w zakresie min.: od 20 do 300 uderzeń na minutę |  |  |
| Rodzaj fali defibrylującej: dwufazowa – z kompensacją impedancji ciała pacjenta, poziom energii defibrylacji w zakresie: co najmniej od 2 J do 360 J |  |  |
| Dostępne minimum 24 różne poziomy energii |  |  |
| Kardiowersja |  |  |
| Defibrylacja ręczna |  |  |
| Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min w przedziale od: 150 do 360 J |  |  |
| Funkcja stymulacji zewnętrznej z możliwością wykonania stymulacji w trybach na „żądanie” i asynchronicznym |  |  |
| Wyjściowe natężenie prądu, co najmniej w zakresie od 0 do 180 mA |  |  |
| Częstość stymulacji minimum: od 50 do 150 impulsów na minutę. |  |  |
| Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego |  |  |
| Zakres ciśnienia tętniczego:Skurczowe min.: od 30 do 240,Rozkurczowe min.: od 15 do 210,Średnie min.: od 20 do 220 |  |  |
| Prezentacja tętna w zakresie min.: od 30 do 220 uderzeń na minutę |  |  |
| Pomiar saturacji SpO2 w zakresie minimum od: 50% do 100%, pomiar za pomocą czujnika nakładanego na palec |  |  |
| Pulsoksymetr: zakres częstości tętna min.: od 25 do 240 uderzeń na minutę |  |  |
| Krzywa SpO2 z automatyczną regulacją wzmocnienia |  |  |
| Trendy: funkcja pokazująca mierzone parametry na osi czasu |  |  |
| Funkcja codziennego automatycznego testu, nie wymagająca od użytkownika włączenia urządzenia. |  |  |
| Wspomaganie RKO: metronom pracujący w czterech trybach:- pacjent dorosły zaintubowany- pacjent dorosły niezaintubowany- pacjent pediatryczny zaintubowany- pacjent pediatryczny niezaintubowany |  |  |
| Wewnętrzna pamięć z możliwością archiwizacji odcinków krzywych EKG oraz przebiegu pracy: minimum 330 minut ciągłego EKG |  |  |
| Alarmy monitorowanych funkcji |  |  |
| Defibrylator gotowy do pracy bez dodatkowych nakładów (zawiera wszystkie kable, torbę transportową z dwoma kieszeniami, łączniki potrzebne do uruchomienia wszystkich jego funkcji; certyfikowany oryginalny uchwyt karetkowy). |  |  |
| Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora |  |  |
| Wbudowany rejestrator termiczny, szerokość papieru min: 95 mm |  |  |
| Wbudowany moduł Bluetooth, możliwość teletransmisji 12 odprowadzeniowego EKG w systemie LIFENET za pomocą modemu GPRS do stacji odbiorczej LIFENET. |  |  |
| Temperatura pracy: min od 0 do +45ºC |  |  |
| Wodoodporność/odporność na kurz: norma IP44 |  |  |
| Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (dotyczy również opisów na panelu sterowania, oraz wydawanych przez aparat komunikatów głosowych). Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |
| Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE. Dostarczyć wraz z dostawa przedmiotu zamówienia kopie certyfikatu i deklaracji zgodności. |  |  |
| Przeglądy, zgodnie z instrukcja obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia (minimum jeden przegląd po pierwszym roku użytkowania) |  |  |
| Autoryzowany serwis na terenie Polski.Podać nazwę i siedzibę serwisu |  |  |
| Zagwarantowanie dostępność serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 8 lat od daty dostawy. |  |  |
|  |  |  |

**UWAGA:**

 **\* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca, podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty**

**\*\* Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia**

**Zaoferowanie urządzenia o parametrach gorszych, niższych niż opisane powyżej parametry wymagane, niezbędne spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z wymaganiami SIWZ.**

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy  |
| Imię i Nazwisko | Data | Czytelny podpis |
| 1.  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |