

Wykonawca.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 tel./ fax. ....

Samodzielny Publiczny Zespół  
 Zakładów Opieki Zdrowotnej  
 w Kozienicach  
 Al. Wł. Sikorskiego 10  
 26 – 900 Kozienice

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**Ambulans sanitarny typu C wraz z wyposażeniem medycznym**

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa*/ zł., gr.	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1	Ambulans sanitarny typu C wraz z wyposażeniem medycznym	kpl.	1				
<b>RAZEM</b>						<b>X</b>	

\*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty ponoszone przez Zamawiającego

**Cena netto /wartość/ umowy, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi** .....zł.  
 (słownie zł: .....).

**Cena brutto /wartość/ umowy, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z** ..... % podatek VAT ..... zł.  
 (słownie zł: .....).

## **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WYMAGANIA TECHNICZNE**

### **OPIS TECHNICZNO-JAKOŚCIOWY ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH**

#### **AMBULANS SANITARNY TYPU C ORAZ PRZEDZIAŁ MEDYCZNY**

- 1. Zamawiający, na zasadach równoważności, dopuszcza zaoferowanie przez Wykonawcę , według jego wyboru, dwóch różnych rozwiązań w zakresie ambulansu sanitarnego.**
- 2. Wykonawca składający ofertę zobowiązany jest do wypełnienia (i potwierdzenia zaoferowanych parametrów) Tabeli nr I lub Tabeli nr II, według własnego wyboru.**
- 3. Zamawiający nie dopuszcza wypełnienia przez Wykonawcę zarówno Tabeli nr I, jak i Tabeli nr II lub też nie wypełnienia Tabeli nr I lub Tabeli nr II– tak złożona oferta będzie polegała odrzuceniu jako niezgodna z zapisami SIWZ.**

**Tabela nr I**

Pojazd kompletny (ciężarowy), marka/typ/oznaczenie handlowe:

.....  
.....

Rok produkcji 2015r.(podać):

.....  
.....

Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:

.....  
.....

Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny) marka/typ/oznaczenie handlowe:

.....  
.....

Rok produkcji 2015r.(podać):

.....  
.....

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:

.....  
.....

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
<b>AMBULANS SANITARNY TYPU C ORAZ PRZEDZIAŁ MEDYCZNY x1</b>				
<b>I.</b>	<b>NADWOZIE</b>	-	-	-
1.	Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony.	Tak/ Podać	X	
2.	Maksymalna długość całkowita pojazdu do 5550 cm.	Tak/ Podać	X	
3.	Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą	Tak/ Podać	X	
4.	Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 270 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł (podać kąt otwarcia drzwi).	Tak/ Podać	X	
5.	Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z dodatkowym wewnętrznym uchwytem, z otwieraną szybą, Przy prawych drzwiach przesuwanych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Kąt obrotu stopnia min. 90°. Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwanych do przedziału medycznego.	Tak/ Podać	X	
6.	Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
7.	Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny.	Tak/ Podać	X	
8.	Chlapacze kół przednich i tylnych.	Tak/ Podać	X	
9.	Kolor nadwozia biały lub żółty zgodnie z PN EN 1789.	Tak/ Podać	X	
10.	Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami zewnętrznego schowka) sterowany pilotem.	Tak/ Podać	X	
11.	Autoalarm.	Tak/ Podać	X	

12.	Immobilizer.	Tak/ Podać	X	
13.	Przystosowany do przewozu min. 4 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach (podać ilość osób).	Tak/ Podać	X	
14.	Zewnętrzny schowek (tj. podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) o wymiarach umożliwiających montaż w nim co najmniej dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzeselka kardiologicznego, deski ortopedycznej dla dorosłych, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz dwóch kasków, miejsce na plecak, torby medyczne.	Tak/ Podać	X	
15.	Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą.	Tak/ Podać	X	
16.	Izolacja termiczna i akustyczna ścian.	Tak/ Podać	X	
17.	Fabryczny zbiornik paliwa o pojemności powyżej 100 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. Fabryczny tzn. montowany przez producenta samochodu bazowego.	Tak/ Podać	X	
18.	Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy oraz przedziale medycznym widoczna dla kierowcy.	Tak/ Podać	X	
19.	Fotel kierowcy regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem.	Tak/ Podać	X	
20.	Fotel pasażera regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem.	Tak/ Podać	X	
21.	Pokrowce na siedzenia kierowcy i pasażera.	Tak/ Podać	X	
22.	Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera.	Tak/ Podać	X	
23.	Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
24.	Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne z wbudowanym kierunkowskazem.	Tak/ Podać	X	

25.	Radioodtwarzacz fabryczny z możliwością podłączenia telefonu bezprzewodowo (Bluetooth), CD, MP3, AUX.	Tak/ Podać	X	
26.	Fabryczne reflektory przednie z funkcją doświetlania zakrętów zintegrowane z reflektorami przednimi. Fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego.	Tak/ Podać	X	
27.	Światła przeciwmgielne przednie.	Tak/ Podać	X	
28.	Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy z filtrem przeciwpyłkowym.	Tak/ Podać	X	
29.	Minimum dwa fabryczne gniazda USB w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
30.	Czujnik światła.	Tak/ Podać	X	
31.	Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów.	Tak/ Podać	X	
32.	Tempomat i elektroniczny ogranicznik prędkości umożliwiający utrzymanie stałej prędkości pojazdu lub jej ograniczenie.	Tak/ Podać	X	
33.	Drzwi przednie ze schowkami min. 4.	Tak/ Podać	X	
<b>II.</b>	<b>SILNIK I NAPĘD</b>	-	-	-
1.	Turbodiesel o pojemności min. 2100 cm <sup>3</sup> max 2500 cm <sup>3</sup> .	Tak/ Podać	X	
2.	Spełniający wymagania normy Euro 5b+.	Tak/ Podać	X	
3.	Moc silnika min. 120 kW(podać moc w KM oferowanego silnika oraz moment obrotowy w Nm).	Tak/ Podać	X	
4.	Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. 6 przełożeń (podać ilość biegów).	Tak/ Podać	X	
5.	Napęd wałka rozrządu za pomocą łańcucha (nie dopuszcza się napędu za pomocą paska ze względu na dużą usterkowość).	Tak/ Podać	X	
6.	System odzyskiwania energii podczas zwalniania i hamowania.	Tak/ Podać	X	
7.	Napęd na koła przednie lub 4 x 4.	Tak/ Podać	X	

8.	System Start/Stop.	Tak/ Podać	X	
9.	System zapobiegający poślizgowi kół napędowych ASR lub równoważny.	Tak/ Podać	X	
10.	Zużycie energii max. 2,6 MJ/km (podać zużycie paliwa w cyklu łączonym, według Świadczenia Zgodności WE dla pojazdu kompletnego N1).	Tak/ Podać	X	
<b>III.</b>	<b>UKŁAD HAMULCOWY</b>	-	-	-
1.	Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania np. EBV.	Tak/ Podać	X	
2.	Wspomaganie układu hamulcowego.	Tak/ Podać	X	
3.	System wspomagania nagłego hamowania.	Tak/ Podać	X	
4.	System rozdziału siły hamowania.	Tak/ Podać	X	
<b>IV.</b>	<b>UKŁAD KIEROWNICZY</b>	-	-	-
1.	Ze wspomaganiami.	Tak/ Podać	X	
<b>V.</b>	<b>ZAWIESZENIE</b>	-	-	-
1.	System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny.	Tak/ Podać	X	
2.	Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę.	Tak/ Podać	X	
<b>VI.</b>	<b>KOŁA I OGUMIENIE</b>	-	-	-
1.	Rozmiar felg min. 16 cali.	Tak/ Podać	X	
<b>VII.</b>	<b>OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b>	-	-	-
1.	Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik, umożliwiająca wykorzystanie niezależnego od pracy silnika ogrzewania postojowego do ogrzewania przedziału	Tak/ Podać	X	

	medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe zarówno przy włączonym jak i wyłączonym silniku pojazdu, ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem.			
2.	Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 2,1 kW.	Tak/ Podać	X	
3.	Niezależny od pracy silnika system ogrzewania o mocy min. 5,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie kabiny kierowcy i ogrzanie silnika do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem pojazdu.	Tak/ Podać	X	
4.	Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podać wydajność w m <sup>3</sup> /godzinę).	Tak/ Podać	X	
5.	Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego.	Tak/ Podać	X	
<b>VIII.</b>	<b>INSTALACJA ELEKTRYCZNA</b>	-	-	-
1.	Wzmocniony alternator min. 185 A.	Tak/ Podać	X	
2.	Dwa akumulatory Pojemność pojedynczego akumulatora min.. 80 Ah -jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak , aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregoś( podać pojemność akumulatorów).	Tak/ Podać	X	
3.	Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym. Układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przełado-	Tak/ Podać	X	



	waniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju.			
4.	Minimum 2 gniazda 230 V w przedziale medycznym z bezpiecznikami zabezpieczającymi.	Tak/ Podać	X	
5.	Gniazda zasilające 12V (min. 4) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem , wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 12V).	Tak/ Podać	X	
<b>IX.</b>	<b>OZNAKOWANIE POJAZDU</b>	-	-	-
1.	W przedniej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpoła pojazdu oraz wyświetlacz LED z napisem „AMBULANS”. Sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami oraz wyświetlaczem LED) ma być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespólna z nadwoziem jednym kloszem) tworząc jedną bryłę.	Tak/ Podać	X	
2.	4 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej.	Tak/ Podać	X	
3.	Niebieskie lampy pulsacyjne LED barwy niebieskiej, zamontowane na błotnikach przednich i tylnych.	Tak/ Podać	X	
4.	W tylnej części dachu pojazdu zintegrowana z nadwoziem sygnalizacja świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania pola za pojazdem. Sygnalizacja świetlna (wraz z reflektorami) ma być wbudowana w nadwozie pojazdu (zespólna z nadwoziem jednym kloszem) tworząc jedną bryłę.	Tak/ Podać	X	
5.	Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu.	Tak/ Podać	X	
6.	Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia.	Tak/ Podać	X	
7.	Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikropryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim.	Tak/ Podać	X	

8.	Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu.	Tak/ Podać	X	
9.	Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.	Tak/ Podać	X	
10.	Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu.	Tak/ Podać	X	
11.	Pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.	Tak/ Podać	X	
<b>X.</b>	<b>OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b>	-	-	-
1.	Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego.	Tak/ Podać	X	
2.	Oświetlenie punktowe (regulowane punkty świetlne LED nad noszami w suficie).	Tak/ Podać	X	
3.	Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego.	Tak/ Podać	X	
4.	Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nad blatem roboczym.	Tak/ Podać	X	
5.	Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem.	Tak/ Podać	X	
<b>XI.</b>	<b>WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b>	-	-	-
1.	Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów(w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy szuflak oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przezroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek.	Tak/ Podać	X	
2.	Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną.	Tak/ Podać	X	

3.	Min. 4 chwytaki do kroplówek mocowane w suficie (podać na ile sztuk).	Tak/ Podać	X	
4.	Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia.	Tak/ Podać	X	
5.	Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga ( o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu ( podać markę i model podstawy oraz załączyć folder wraz z opisem). Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związanej z brakiem zasilania.	Tak/ Podać	X	
6.	Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznego wykonane z blachy, regulowane.	Tak/ Podać	X	
7.	Panel sterujący:	Tak/ Podać	X	
	- informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu,	Tak/ Podać	X	
	- z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data),	Tak/ Podać	X	
	- informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu,	Tak/ Podać	X	
	- sterujący oświetleniem przedziału medycznego,	Tak/ Podać	X	
	- sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,	Tak/ Podać	X	
	- zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury.	Tak/ Podać	X	
- Zamawiająca nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego.	Tak/ Podać	X		
8.	Szczegóły dotyczące zabudowy przedziału medycznego (szafki, rozmieszczenie sprzętu, dodatkowe uchwyty) zostaną ustalone po podpisaniu umowy.	Tak/ Podać	X	

<b>XII.</b>	<b>CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA</b>	-	-	-
1.	Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej.	Tak/ Podać	X	
2.	Przepływomierz 0-15 l/min bez nawilżacza.	Tak/ Podać	X	
3.	Punkt poboru na suficie tlenu w suficie do bezpośredniego podłączenia drenu, przepływ tlenu regulowany przez przepływomierz ścienny na ścianie prawej.	Tak/ Podać	X	
4.	Dwie butle tlenowe o pojemności 10 l.	Tak/ Podać	X	
5.	Reduktory tlenowe do butli 10 l (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy; manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi) instalacja tlenowa umożliwiająca zasilanie paneli tlenowych z obu butli jednocześnie lub po wypięciu jednej butli z instalacji.	Tak/ Podać	X	
<b>XIII.</b>	<b>OŚWIETLENIE SPECJALNE</b>	-	-	-
1.	Oświetlenie zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu (tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego.	Tak/ Podać	X	
<b>XIV.</b>	<b>SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA</b>	-	-	-
1.	Sygnał dźwiękowy modulowany.	Tak/ Podać	X	
2.	Sygnaly pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej (podać markę i model) z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów.	Tak/ Podać	X	
<b>XV.</b>	<b>ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA</b>	-	-	-
1.	Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania radiotelefonu przewoźnego.	Tak/ Podać	X	
2.	Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu.	Tak/ Podać	X	

3.	Wmontowana dachowa antena do podłączenia radiotelefonu o parametrach:	Tak/ Podać	X	
	- zakres częstotliwości 168-170 MHz,	Tak/ Podać	X	
	- impedancja wejścia 50 Ohm,	Tak/ Podać	X	
	- współczynnik fali stojącej 1,6.	Tak/ Podać	X	
	- charakterystyka promieniowania dookólna,	Tak/ Podać	X	
	- zamontowana w sposób umożliwiający,	Tak/ Podać	X	
	- serwisowanie.	Tak/ Podać	X	
<b>XVI.</b>	<b>WYPOSAŻENIE POJAZDU</b>	-	-	-
1.	Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki.	Tak/ Podać	X	
2.	Urządzenie do wybijania szyb.	Tak/ Podać	X	
3.	Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym.	Tak/ Podać	X	
4.	Kosz na śmieci min. 2 szt.	Tak/ Podać	X	
5.	Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa.	Tak/ Podać	X	
6.	Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:	Tak/ Podać	X	
	- informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych,	Tak/ Podać	X	
	- informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V,	Tak/ Podać	X	
	- informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy,	Tak/ Podać	X	
	- informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego,	Tak/ Podać	X	
	- ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoład-	Tak/ Podać	X	

	waniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego,			
	- sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych pneumatycznych,	Tak/ Podać	X	
	-wyświetlacz w technologii LCD,	Tak/ Podać	X	
	-Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego.	Tak/ Podać	X	
7.	Kamera cofania oraz kamera przedziału medycznego z wyświetlaczem w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
8.	Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu „rezerwy”	Tak/ Podać	X	
9.	Serwis zabudowy specjalnej (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy) sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego.	Tak/ Podać	X	
10.	Dodatkowy komplet opon zimowych tej samej marki co opony letnie zamontowane na pojeździe – 4 szt.	Tak/ Podać	X	
<b>XVII.</b>	<b>PRZEDZIAŁ MEDYCZNY</b>	-	-	-
1.	Długość przedziału medycznego min. 300 cm (podać długość przedziału medycznego w cm).	Tak/ Podać	X	
2.	Szerokość przedziału medycznego min. 170 cm (podać szerokość przedziału medycznego w cm).	Tak/ Podać	X	
3.	Wysokość przedziału medycznego min.182 cm (podać wysokość przedziału medycznego w cm).	Tak/ Podać	X	
4.	Jedno obrotowe o kąt min. 90° miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 (podać markę , model, załączyć protokół z badań wytrzymałościowych). Nie dopuszcza się foteli innych niż wymienione w badaniach homologacyjnych. (potwierdzić).	Tak/ Podać	X	

5.	Na ścianie prawej szafka z dwiema półkami zamykanymi, oraz z miejscem na KED, nosze płachtowe.	Tak/ Podać	X	
6.	Fotel u wezglowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym, przesuwany, z elektryczną blokadą przesuwu.	Tak/ Podać	X	
7.	Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne.	Tak/ Podać	X	
8.	Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian.	Tak/ Podać	X	
9.	Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym.	Tak/ Podać	X	
10.	Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami).	Tak/ Podać	X	
11.	Miejsce mocowania defibrylatora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego).	Tak/ Podać	X	
12.	Miejsce mocowania respiratora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego).	Tak/ Podać	X	
13.	Miejsce mocowania pompy infuzyjnej(uchwyt Zamawiającego).	Tak/ Podać	X	
14.	Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem.	Tak/ Podać	X	
15.	Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu.	Tak/ Podać	X	





**Tabela nr II**

Pojazd kompletny (ciężarowy), marka/typ/oznaczenie handlowe:

.....  
.....

Rok produkcji 2015r.(podać):

.....  
.....

Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego:

.....  
.....

Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny) marka/typ/oznaczenie handlowe:

.....  
.....

Rok produkcji 2015r.(podać):

.....  
.....

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:

.....  
.....

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
<b>AMBULANS SANITARN TYPU C ORAZ PRZEDZIAŁ MEDYCZNY x1</b>				
<b>I.</b>	<b>NADWOZIE</b>	-	-	-
1.	Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, ciężarowy z homologacją N1 z nadwoziem samonośnym całkowicie stalowym zabezpieczonym antykorozyjnie - ocynkowane wszystkie drzwi, maska, błotniki, podłużnice i poprzecznice, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegająca skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi tłoczonymi profilami z tworzywa sztucznego w kolorze białym.	Tak/ Podać	X	
	DMC do 3,5t.	Tak/ Podać	X	
	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/ Podać	X	
	Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy zgodnie z PN EN 1789. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, wnęka na radiotelefon nad przednią szybą (1 DIN), fotele wyposażone w podłokietniki.	Tak/ Podać	X	
	W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni).	Tak/ Podać	X	
	Furgon-lakier w kolorze żółtym siarkowym RAL 1216.	Tak/ Podać	X	

2.	Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach.	Tak/ Podać	X	
3.	Wysokość przedziału medycznego min.1,85 m.	Tak/ Podać	X	
4.	Długość przedziału medycznego min.3,25m.	Tak/ Podać	X	
5.	Szerokość przedziału medycznego min.1,75m.	Tak/ Podać	X	
6.	Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min.260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, wys. min.1,80m, kieszenie z siatki na tylnych drzwiach.	Tak/ Podać	X	
7.	Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą, z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi (podać kod opcji producenta pojazdu bazowego tego wyposażenia).	Tak/ Podać	X	
8.	Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
9.	Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą.	Tak/ Podać	X	
10.	Częściowo przeszklona przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,80 m – zgodnie z wymogami normy PN EN 1789.	Tak/ Podać	X	
11.	Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu.	Tak/ Podać	X	
12.	Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu , bez szyby, z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi.	Tak/ Podać	X	
13.	Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w: - 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami, - mocowanie krzeselka kardiologicznego z systemem płozowym, - mocowanie noszy podbierakowych, - mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,	Tak/ Podać	X	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,</li> <li>- mocowanie materaca próżniowego,</li> <li>- mocowanie szyn Kramera,</li> <li>- mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,</li> <li>- mocowanie 2 kasków ochronnych,</li> <li>-mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,</li> <li>- pojemnik reimplantacyjny o pojemności min. 7l zasilany z gniazda 12V,</li> <li>- miejsce dla pasów do desek, krzeselka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę.</li> </ul>			
14.	Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne oraz kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera.	Tak/ Podać	X	
15.	Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem.	Tak/ Podać	X	
16.	Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny pokryty wykładziną antypoślizgową z podświetleniem.	Tak/ Podać	X	
17.	Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
18.	Światła boczne pozycyjne.	Tak/ Podać	X	
19.	Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane.	Tak/ Podać	X	
20.	Kamera cofania oraz kamera w przedziale medycznym, wyświetlacz LCD w formie lusterka wstecznego zamontowany w kabinie kierowcy.	Tak/ Podać	X	
21.	Zestaw narzędzi z podnośnikiem, zestaw naprawczy do uszkodzonych opon.	Tak/ Podać	X	
22.	Fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego elektroniczny system regulacji prędkości obrotowej silnika na postoju w celu doładowania zespołu akumulatorów, gdy ambulans	Tak/ Podać	X	

	nie jest w ruchu.			
23.	Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów, czujnik zmierzchu automatycznie włączający światła mijania.	Tak/ Podać	X	
24.	Układ wydechowy fabrycznie przedłużony do końca pojazdu przystosowany do pełnienia funkcji samochodu specjalnego sanitarnego.	Tak/ Podać	X	
25.	Przednie reflektory przeciwmgielne.	Tak/ Podać	X	
26.	Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l.	Tak/ Podać	X	
27.	Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus).	Tak/ Podać	X	
28.	Radioodtwarzacz CD z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym.	Tak/ Podać	X	
29.	Czujniki ciśnienia w oponach.	-	-	-
30.	Wysokość karetki łącznie z oświetleniem zamontowanym na dachu pojazdu nie przekracza wysokości 270 cm.	Tak/ Podać	X	
31.	Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący następującymi funkcjami:	Tak/ Podać	X	
	- sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),	Tak/ Podać	X	
	- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika,	Tak/ Podać	X	
	- sterowanie układem klimatyzacji,	Tak/ Podać	X	
	- sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów,	Tak/ Podać	X	

	- sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną,	Tak/ Podać	X	
	- sterowanie elektrycznym systemem dogrzewania silnika na postoju,	Tak/ Podać	X	
	- sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym,	Tak/ Podać	X	
	- sygnalizacja niedomknięcia którejkolwiek drzwi ambulansu.	Tak/ Podać	X	
32.	Potwierdzenie wykonanego testu zderzeniowego całego jednorodnego nadwozia ambulansu (zgodnie z wymogami PN EN 1789) wystawione przez niezależną notyfikowaną jednostkę badawczą –załączyć do oferty certyfikat lub protokół/raport z przeprowadzonych badań dotyczący oferowanej konfiguracji zabudowy specjalnej ambulansu przeprowadzonych na oferowanej marce i modelu ambulansu.	Tak/ Podać	X	
33.	Załączyć aktualną cało pojazdową homologację typu WE pojazdu skompletowanego (oferowanego ambulansu typu C) i kompletnego (samochodu ciężarowego) , zgodnie z ROZPORZĄDZENIE MINISTRA TRANSPORTU, BUDOWNICTWA I GOSPODARKI MORSKIEJ z dnia 25 marca 2013 r. w sprawie homologacji typu pojazdów samochodowych i przyczep oraz ich przedmiotów wyposażenia lub części oraz Dyrektywą 2007/46/WE . Numery homologacji pojazdu skompletowanego i kompletnego muszą 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 świadectwa homologacji typu WE pojazdu kompletnego musi być ujęty w świadectwie homologacji typu WE pojazdu	Tak/ Podać	X	

	skompletowanego. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji załączników do homologacji przed podpisaniem umowy w celu sprawdzenia ich zgodności z oferowanymi parametrami ambulansu.			
<b>II.</b>	<b>SILNIK</b>	-	-	-
1.	Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim.	Tak/ Podać	X	
2.	Silnik o pojemności min. 2000 cm <sup>3</sup>	Tak/ Podać	X	
3.	Silnik o mocy min. 160 KM.	Tak/ Podać	X	
4.	Moment obrotowy min. 360 Nm.	Tak/ Podać	X	
5.	Norma emisji spalin min. Euro VI.	Tak/ Podać	X	
<b>III.</b>	<b>ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU</b>	-	-	-
1.	Skrzynia biegów manualna synchronizowana.	Tak/ Podać	X	
2.	Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny.	Tak/ Podać	X	
3.	Napęd na koła tylne lub 4x4.	Tak/ Podać	X	
<b>IV.</b>	<b>UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA</b>	-	-	-
1.	Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych.	Tak/ Podać	X	
2.	Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny.	Tak/ Podać	X	
3.	Elektroniczny korektor siły hamowania.	Tak/ Podać	X	

4.	Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania.	Tak/ Podać	X	
5.	Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane.	Tak/ Podać	X	
6.	System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu.	Tak/ Podać	X	
7.	System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR.	Tak/ Podać	X	
8.	Asystent bocznego wiatru.	Tak/ Podać	X	
<b>V.</b>	<b>ZAWIESZENIE</b>	-	-	-
1.	Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta . Zwiększony nacisk na oś przednią do min. 1 800 kg. Tylne resory dwupiórowe.	Tak/ Podać	X	
2.	Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.	Tak/ Podać	X	
<b>VI.</b>	<b>UKŁAD KIEROWNICZY</b>	-	-	-
1.	Ze wspomaganiami hydraulicznymi.	Tak/ Podać	X	
2.	Z regulowaną kolumną kierownicy w dwóch płaszczyznach.	Tak/ Podać	X	
<b>VII.</b>	<b>OGRZEWANIE I WENTYLACJA</b>	-	-	-
1.	Fabryczne będące wyposażeniem pojazdu bazowego pomocnicze ogrzewanie elektryczne o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,5 kW uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu	Tak/ Podać	X	



	uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury.			
	Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W.	Tak/ Podać	X	
2.	Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna.	Tak/ Podać	X	
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 pkt. 4.5.5.1. (podać markę i model).	Tak/ Podać	X	
4.	Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 350 mm x 350 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę.	Tak/ Podać	X	
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. Umożliwiający klimatyzowanie przedziału medycznego zgodnie z PN EN 1789 pkt. 4.5.5.2. (podać markę i model) – do oferty załączyć raport/protokół z badań potwierdzający zgodność systemów klimatyzacji i ogrzewania z PN EN 1789 dla oferowanej marki i modelu ambulansu)).	Tak/ Podać	X	
<b>VIII.</b>	<b>INSTALACJA ELEKTRYCZNA</b>	-	-	-
1.	Zespół 2 akumulatorów fabrycznych o łącznej pojemności min. 200 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. Akumulator zasilający przedział medyczny z przełącznikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch	Tak/ Podać	X	

	akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A.			
2.	Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A.	Tak/ Podać	X	
3.	Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich.	Tak/ Podać	X	
4.	Instalacja elektryczna 230 V: a) zasilanie zewnętrzne 230 V, b) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym, c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym, d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe, e) przewód zasilający min 5m.	Tak/ Podać	X	
5.	Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V.	Tak/ Podać	X	
6.	Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V.	Tak/ Podać	X	
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	X	
<b>IX.</b>	<b>SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE</b>	-	-	-
1.	Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami LED koloru niebieskiego lub sygnalizacja zintegrowana z konstrukcją nadwozia ambulansu, W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał	Tak/ Podać	X	

	dźwiękowy modulowany - możliwość podawania komunikatów głosowych.			
2.	Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z konstrukcją nadwozia ambulansu lub belka świetlna z modułami LED koloru niebieskiego, dodatkowe światła robocze do oświetlenia przedpoła za ambulansem.	Tak/ Podać	X	
3.	Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy.	Tak/ Podać	X	
4.	Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni.	Tak/ Podać	X	
5.	Dwie niebieskie lampy LED na wysokości pasa przedniego, barwy niebieskiej.	Tak/ Podać	X	
6.	Cztery reflektory zewnętrzne po bokach pojazdu do oświetlenia miejsca akcji, po jednym na każdy bok ambulansu i dwa z tyłu, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego, dwa tylne włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę.	Tak/ Podać	X	
7.	Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.: - 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii: a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”), - nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego	Tak/ Podać	X	

<p>„AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu,  - po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,  - nazwy dysponenta jednostki umieszczonej po obu bokach pojazdu (do uzgodnienia).</p>			
<b>OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b>	Tak/ Podać	X	
<b>OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b> -oświetlenie zgodne z PN EN 1789+A1 pkt. 4.5.6 oraz charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej	Tak/ Podać	X	
a) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcją ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),	Tak/ Podać	X	
b) oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.),	Tak/ Podać	X	
c) halogen zamontowany nad blatem roboczym.	Tak/ Podać	X	
<b>PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE</b>	Tak/ Podać	X	
<b>WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b> (pomieszczenia dla pacjenta)- pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione w normie PN EN 1789+A1 w tabelach od 9 do 19 dla ambulansu typu B.	Tak/ Podać	X	
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 zgodny ze świadectwem homologacji WE potwierdzony przez niezależną jednostkę notyfikowaną wykonującą badania zgodnie z PN EN	Tak/ Podać	X	

8.	<p>1789):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, w każdej szufladzie system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki,</li> <li>- szuflada na narkotyki zamykana na klucz,</li> <li>- pojemnik na zużyte igły,</li> <li>- wysuwany kosz na odpady,</li> <li>- termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych,</li> <li>- miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,</li> <li>- przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego</li> </ul>			
9.	<p>U wezłowania noszy zamontowany jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni (umożliwiający wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek.. Fotel z możliwością przesuwu wzdłuż osi pojazdu w zakresie min. 50 cm i unieruchomienia w dowolnej pozycji - wyposażenie opcjonalne dodatkowo punktowane.</p>	Tak/ Podać	X	
10.	<p>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 zgodny ze świadectwem homologacji WE potwierdzony przez niezależną jednostkę notyfikowaną wykonującą badania zgodnie z PN EN 1789) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 oraz przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia. Zamki szafek muszą spełniać wymagania PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.9 i 5.3.</li> </ul>	Tak/ Podać	X	

	<p>- 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 kat oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko. uchwyt na butlę tlenową o pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at</p> <p>- uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,</p> <p>- przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego</p> <p>- przy drzwiach przesuwnych panel sterujący umożliwiający:</p> <p>a) sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),</p> <p>b) sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V,</p> <p>c) sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,</p>			
11.	<p>Uchylny/otwierany uchwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym musi odpowiadać wymogom PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.8 i 5.3 i być elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - wyposażenie opcjonalne dodatkowo punktowane.</p>	Tak/ Podać	X	
12.	<p>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 zgodny ze świadectwem homologacji WE potwierdzony przez niezależną jednostkę notyfikowaną wykonującą badania zgodnie z PN EN 1789) :</p> <p>- min. trzy podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam</p>	Tak/ Podać	X	

	<p>przedmiotów oraz przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, Zamki szafek muszą spełniać wymagania PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.9 i 5.3,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- po szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),</li> <li>- specjalnie wzmocnione miejsce do zamocowania dowolnego defibrylatora transportowego i dowolnej pompy infuzyjnej.</li> <li>- na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz półka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,</li> <li>- szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne,</li> </ul>			
13.	<p>Na lewej ścianie przy fotelu zamontowany duży płaski panel informacyjny o wymiarach min. 800x600 mm umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucha ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie, panel musi być elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu</p>	Tak/ Podać	X	
14.	<p>Nad lewym nadkolem miejsce i system mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej spełniający wymagania PN EN 1789 w zakresie pkt 4.5.9 i 5.3 system musi być elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - wyposażenie opcjonalne dodatkowo punktowane.</p>	Tak/ Podać	X	
15.	<p>Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie.</p>	Tak/ Podać	X	
16.	<p>Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia.</p>	Tak/ Podać	X	
17.	<p>Centralna instalacja tlenowa:</p>	Tak/ Podać	X	

	<p>a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze) ,</p> <p>b) sufitowy punkt poboru tlenu z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego,</p> <p>c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi,</p> <p>d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,</p> <p>e) konstrukcja ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony.</p>			
18.	<p>Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 30 cm, możliwość pochylu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę pod kątem nie większym jak 10 stopni, długość leża pacjenta w zakresie 190 - 195 cm, (podać markę i model). Do oferty załączyć protokół/raport z badań wytrzymałościowych zgodnie z PN EN 1789 pkt. 4.5.9 i 5.3 oraz certyfikat zgodności z PN EN 1865-5.</p>	Tak/ Podać	X	
19.	<p>Montaż lawety do przesuwanych paneli umożliwiających mocowanie dowolnej podstawy pod nosze główne o masie do 150 kg bez ingerowania w podłogę ambulansu – spełniający wymagania PN EN 1789 w zakresie pkt 4.5.9 i 5.3 system musi być elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - wyposażenie opcjonalne dodatkowo punktowane.</p>	Tak/ Podać	X	
20.	<p>Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian,</p>	Tak/ Podać	X	



21.	Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu.	Tak/ Podać	X	
<b>XII.</b>	<b>ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA</b>	-	-	-
1.	Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu	Tak/ Podać	X	
2.	Radiotelefon analogowo – cyfrowy Motorola GM 4106 lub równoważny	Tak/ Podać	X	
3.	Wmontowana dachową krótką antenę radiotelefonu o parametrach:	Tak/ Podać	X	
	a) zakres częstotliwości 168-170 Mhz	Tak/ Podać	X	
	b) impedancja wejścia 50 Ohm	Tak/ Podać	X	
	c) współczynnik fali stojącej 1,6	Tak/ Podać	X	
	d) charakterystyka promieniowania dookólna	Tak/ Podać	X	
<b>XIII.</b>	<b>DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU</b>	-	-	-
1.	Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym	Tak/ Podać	X	
2.	Urządzenie do wybijania szyb w przedziale medycznym.	Tak/ Podać	X	
3.	W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo - sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło halogenowe lub światło LED,	Tak/ Podać	X	
4.	Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy	Tak/ Podać	X	

5.	Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy,	Tak/ Podać	X	
6.	Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu „rezerwy”	Tak/ Podać	X	
	Serwis zabudowy specjalnej (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy) sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego.	Tak/ Podać	X	
	Dodatkowy komplet opon zimowych tej samej marki co opony letnie zamontowane na pojeździe – 4 szt.	Tak/ Podać	X	

## **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU SANITARNEGO TYPU C**

### **NOSZE GŁÓWNE I TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH**

- 1. Zamawiający, na zasadach równoważności, dopuszcza zaoferowanie przez Wykonawcę , według jego wyboru, dwóch różnych rozwiązań w zakresie noszy głównych i transportera noszy głównych**
- 2. Wykonawca składający ofertę zobowiązany jest do wypełnienia (i potwierdzenia zaoferowanych parametrów) Tabeli nr III lub Tabeli nr IV, według własnego wyboru.**
- 3. Zamawiający nie dopuszcza wypełnienia przez Wykonawcę zarówno Tabeli nr III, jak i Tabeli nr IV lub też nie wypełnienia Tabeli nr III lub Tabeli nr IV– tak złożona oferta będzie polegała odrzuceniu jako niezgodna z zapisami SIWZ**

**Tabela nr III**

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
<b>NOSZE GŁÓWNE I TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH x1</b>				
<b>I.</b>	<b>NOSZE GŁÓWNE</b>	-	-	-
1.	Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem.	Tak/ Podać	X	
2.	Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym.	Tak/ Podać	X	
3.	Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.	Tak/ Podać	X	
4.	Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 85 stopni.	Tak/ Podać	X	
5.	Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak.	Tak/ Podać	X	
6.	Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy.	Tak/ Podać	X	
7.	Z dodatkowym zestawem pasów lub uprząży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej – podać markę i model załączyć folder wraz z opisem oraz potwier-	Tak/ Podać	X	

	dzenie producenta o kompatybilności z zaoferowanymi noszami transportowymi.			
8.	Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą.	Tak/ Podać	X	
9.	Z poręczami bocznymi składanymi w sposób ergonomiczny prostopadle do osi wzdłużnej noszy.	Tak/ Podać	X	
10.	Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. Dodatkowy zestaw rączek bocznych służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze. (ciężar jednostkowy przenoszony przez jedna osobę musi być zgodny z Kodeksem Pracy oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej dnia 18 marca 2009 r. (Dz. U. Nr 56, poz. 462) w sprawie bhp przy pracach ręcznych transportowych dla pracy dorywczej).	Tak/ Podać	X	
11.	Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy.	Tak/ Podać	X	
12.	Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi.	Tak/ Podać	X	
13.	Z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych.	Tak/ Podać	X	
14.	Wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy.	Tak/ Podać	X	
15.	Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 220 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg).	Tak/ Podać	X	
16.	Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg).	Tak/ Podać	X	
<b>II.</b>	<b>TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH</b>	-	-	-
1.	Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem.	Tak/ Podać	X	

2.	Z system składanego podwozia umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu; System automatycznego składania/rozkładania podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków itp.	Tak/ Podać	X	
3.	Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami.	Tak/ Podać	X	
4.	Regulacja wysokości w min sześciu poziomach.	Tak/ Podać	X	
5.	Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia).	Tak/ Podać	X	
6.	Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenia noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach). Podać średnicę kółek w mm).	Tak/ Podać	X	
7.	Min. dwa kółka tylne wyposażone w hamulce.	Tak/ Podać	X	
8.	Dodatkowy system zabezpieczający przed złożeniem podwozia w trakcie załadunku transportera do ambulansu, w przypadku gdy kółka najazdowe transportera nie opierają się na podstawie a zwolniony jest mechanizm składający podwozie.	Tak/ Podać	X	
9.	Dodatkowy system zabezpieczający przed wyjazdem transportera z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i zablokowania do jazdy podwozia transportera.	Tak/ Podać	X	
10.	Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 200 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg).	Tak/ Podać	X	
11.	Automatyczna blokada podwozia kodowana kolorem oraz symbolem graficznym pozwalająca na przenoszenie transportera ze złożonym podwoziem.	Tak/ Podać	X	
12.	Waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg).	Tak/ Podać	X	

13.	Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą.	Tak/ Podać	X	
14.	Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi.	Tak/ Podać	X	
15.	Deklaracje zgodności oraz certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na oferowany system transportowy (nosze i transporter) – załączyć do oferty.	Tak/ Podać	X	

**Tabela nr IV**

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
<b>NOSZE GŁÓWNE I TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH x1</b>				
<b>I.</b>	<b>NOSZE GŁÓWNE</b>	-	-	-
1.	Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji.	Tak/ Podać	X	
2.	Z niesprężynującym materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp. Przystosowanym do mycia i dezynfekcji umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych.	Tak/ Podać	X	
3.	Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej za pomocą siłowników gazowych.	Tak/ Podać	X	
4.	Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75 stopni.	Tak/ Podać	X	
5.	Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający przedłużenie powierzchni leża w celu transportu pacjentów o znacznym wzroście.	Tak/ Podać	X	



6.	Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy, dodatkowo wyposażone w system pasów/uprząży służących do transportu małych dzieci w pozycji leżącej lub siedzącej.	Tak/ Podać	X	
7.	Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy i składane poręcze boczne.	Tak/ Podać	X	
8.	Dodatkowy blat mocowany bezpośrednio do ramy noszy umocowany za oparciem umożliwiający podczas transportu z uniesionym oparciem umieszczenie np. dokumentacji, drobnej aparatury medycznej itp. Nośność min. 12 kg.	Tak/ Podać	X	
9.	Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg).	Tak/ Podać	X	
10.	Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg).	Tak/ Podać	X	
<b>II.</b>	<b>TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH</b>	-	-	-
1.	Z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu.	Tak/ Podać	X	
2.	Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami.	Tak/ Podać	X	
3.	Regulacja wysokości w min. sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane systemem siłowników gazowych.	Tak/ Podać	X	
4.	Możliwość ustawienia pozycji Trendelenburga i Fowlera na min 3	Tak/ Podać	X	

	poziomach pochylenia.			
5.	Wszystkie 4 kółka jezdne o średnicy min. 120 mm, minimum dwa skretne w zakresie 360 o, hamulce na dwóch kółkach.(hamulec ma uniemożliwić obrót kółek oraz funkcję skrętu).	Tak/ Podać	X	
6.	Funkcja prowadzenia zestawu (nosze z transporterem) bokiem.	Tak/ Podać	X	
7.	Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 200 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg).	Tak/ Podać	X	
8.	Waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg).	Tak/ Podać	X	
9.	Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi.	Tak/ Podać	X	
10.	System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789.	Tak/ Podać	X	
11.	Deklaracje zgodności oraz certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na oferowany system transportowy (nosze i transporter) – załączyć do oferty.	Tak/ Podać	X	

## WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU SANITARNEGO TYPU C

### POZOSTAŁE WYPOSAŻENIE MEDYCZNE

1. Wykonawca składający ofertę zobowiązany jest do wypełnienia Tabeli Nr V w całym jej zakresie.

2. Brak zaoferowania przez Wykonawcę jakiegokolwiek pozycji będzie skutkowało odrzuceniem złożonej oferty jako niezgodnej z SIWZ.

Tabeli Nr V

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
I.	<b>Plecak ratunkowy (podać producenta i model, załączyć folder) – 2 kpl.</b>	-	-	-
	<ul style="list-style-type: none"><li>- minimalne wymiary: wys. 60 x szer. 55 x gł. 30 cm,</li><li>- wykonany z odpornego na przecieranie materiału,</li><li>- wyposażony w ampularium na 80 ampulek oraz ampularium na 8 ampulek,</li><li>- wkład na intubację,</li><li>- certyfikowane elementy odblaskowe,</li><li>- min. 5 torebek segregacyjnych różnej wielkości,</li><li>- min. 5 zewnętrznych kieszeni,</li><li>- możliwość noszenia, pionowo, poziomo lub na plecach,</li><li>- konstrukcja powinna umożliwiać pranie ręczne lub automatyczne,</li><li>- spód plecaka wzmocniony materiałem wodoodpornym, odpornym na ścieranie.</li></ul>	Tak/ Podać	X	
II.	<b>Torba pediatryczna (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b>	-	-	-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minimalne wymiary: wys. 36 x szer. 36 x gł. 28 cm,</li> <li>- torba z uproszczoną wersją taśmy Breslowa,</li> <li>- wykonana z materiału odpornego na przecieranie,</li> <li>- konstrukcja powinna umożliwiać pranie ręczne lub automatyczne,</li> <li>- spód torby wzmocniony materiałem, wodoodpornym, odpornym na ścieranie,</li> <li>- certyfikowane elementy odblaskowe,</li> <li>- min. 7 torebek segregacyjnych,</li> <li>- min. jedna duża zewnętrzna kieszeń,</li> <li>- możliwość noszenia w ręku i na ramieniu.</li> </ul>	Tak/ Podać	X	
<b>III.</b>	<b>Respirator (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 szt.</b>	-	-	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wentylacja : CMV , DEMAND,</li> <li>- waga: do 1 kg,</li> <li>- stopień ochrony: IPX 4,</li> <li>- praca w temperaturze od - 18C do + 60C ,</li> <li>- autotest poprawności działania wykonywany przed każdym uruchomieniem respiratora,</li> <li>- przechowywanie w temperaturze od - 40C do + 70C,</li> <li>- regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie od 10 do 30 oddechów/min,</li> <li>- regulacja objętości oddechowej od 100 ml do 1100 ml,</li> <li>- zastawka wysokiego ciśnienia 20 lub 45 mbar,</li> <li>- optyczne i dźwiękowe alarmy bezpieczeństwa: niskiego i wysokiego ciśnienia wentylacji; niskiego ciśnienia w układzie zasilania; rozładowania baterii; niesprawności systemu,</li> </ul>	Tak/ Podać	X	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zasilanie modułu sterującego bateryjne,</li> <li>- czas pracy baterii - min. 2 lata,</li> <li>- przewód pacjenta,</li> <li>- zawór pacjenta z miejscem na zastawkę PEEP,</li> <li>- maska nr 5.</li> </ul>			
<b>IV.</b>	<b>Przenośny zestaw tlenowy (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b>	-	-	-
	<p>a) butla tlenowa aluminiowa o pojemności 2,7 dm z zaworem standardowym DIN,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewód ciśnieniowy ze złączem AGA i złączką kątową - kompletacja: 1 x wtyk AGA, 1 x złączka kątowa nakręcana, 1x zacisk na złączkę i min. 2 metry przewodu ciśnieniowego,</li> <li>- reduktor z przepływomierzem nastawnym od 0-25 l/min oraz złączem AGA,</li> </ul> <p>b) torba transportowa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- oznakowana krzyżem św. Andrzeja.</li> <li>- wyposażona w pas odblaskowy oraz uchwyty do trzymania w dłoni, na ramieniu oraz dodatkowe, chowane uchwyty do zawieszania na noszach transportowych.</li> <li>- wyposażona również w chowane pasy szelkowe umożliwiające transport na plecach.</li> <li>- miejsce na butlę tlenową 2,7l.</li> <li>- dostęp do butli od strony komory głównej oraz od strony kieszeni bocznej, w której przewidziane jest miejsce na reduktor.</li> </ul>	Tak/ Podać	X	

	<p>możliwość natychmiastowego wyciągnięcia butli. Wyposażona w boczne kieszenie umożliwiające umieszczenie dodatkowych akcesoriów jak: maski tlenowe, rurki ustno gardłowe.</p> <p>materiał typu Cordura</p> <p>- wymiary min. : 52 cm długość, 36 cm wysokość, 16 cm szerokość.</p>			
V.	<p><b>Pompa infuzyjna (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b></p>	-	-	-
- Mo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sterowanie i kontrola mikroprocesorem,</li> <li>- szybkość podawania płynów od 0,1 ml/h do 2000 ml/h, regulowana co 0,1ml/h,</li> <li>- możliwość stosowania strzykawk 10ml do 60ml,</li> <li>- system zabezpieczający przed obturacją żyły (KVO - keep vein open),</li> <li>- alarmy dźwiękowe: okluzja, KVO, rozładowana bateria,</li> <li>- funkcja aktywna Bolus (dawka uderzeniowa programowalna w zakresie do 2000 ml/h)</li> <li>- płynne przechodzenie podczas pracy z zasilania sieciowego na zasilanie z akumulatora,</li> <li>- dwudziestogodzinna praca na akumulatorach, - przy prędkości 5ml/h</li> </ul> <p>możliwość zasilania i ładowania z instalacji karetki 12V.</p>	Tak/ Podać	X	
VI.	<p><b>Deska ortopedyczna dla dorosłych (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b></p>	-	-	-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deska wykonana z tworzywa sztuczne , łatwozmywalnego,</li> <li>- minimum 14 dużych uchwytów umożliwiających pracę w grubych rękawicach</li> <li>- długość – min. 180 cm</li> <li>- szerokość – min. 40 cm</li> <li>- waga deski – max 9 kg</li> <li>- konstrukcja pasa dwuczęściowa</li> <li>- możliwość regulacji długości</li> <li>- pasy kodowane kolorami i całkowicie wodoodporne nieabsorbujące płynów</li> <li>- stabilizator głowy -system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych</li> <li>- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków</li> <li>- paski do mocowania stabilizatora do deski</li> </ul>	Tak/ Podać	X	
<b>VII.</b>	<b>Deska ortopedyczna dla dzieci (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b>	-	-	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wyposażona w pasy 4 szt. w różnych kolorach,</li> <li>- komplet klocków do unieruchomienia głowy,</li> <li>- wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego,</li> <li>- dla dzieci o wadze min. do 50kg i dł. min.120 cm,</li> <li>- prześwietlalna dla promieni X,</li> <li>- pediatryczny system unieruchomienia głowy składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z</li> </ul>	Tak/ Podać	X	

	otworami na uszy oraz dwóch pasków mocujących głowę, waga deski do 5 kg			
VIII.	<b>Krzesełko kardiologiczne (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl..</b>	-	-	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- siedzisko i oparcie krzeselka wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa,</li> <li>- wyposażone w 2 duże kółka obrotowe wyposażone w hamulce</li> <li>- min. 2 pasy bezpieczeństwa o regulowanej długości z szybkozłączami,</li> <li>- min.2 pary rączek tylnych posiadających funkcję opuszczania do dołu,</li> <li>- para podłokietników,</li> <li>- wydłużane teleskopowo rączki przednie, ,</li> <li>- szerokość min. 50 cm</li> <li>- nośność min. 150 kg</li> <li>- waga krzeselka max. 10 kg</li> <li>- wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu.</li> <li>- podpórka pod nogi pacjenta</li> </ul>	Tak/ Podać	X	
IX	<b>Zestaw kołnierzy ortopedycznych dla dzieci i dla dorosłych (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b>	-	-	-
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sztywny, z możliwością sprawdzenia tętna na tętnicach szyjnych, kołnierz uniwersalny regulowany dla dzieci oraz kołnierz uniwersalny dla dorosłych,</li> <li>- unieruchomienie szyi w neutralnej, bezpiecznej pozycji, regulacja podbródka w 3 punktach</li> <li>- uniwersalne podparcie potylicy</li> <li>- łatwy dostęp do tchawicy i żył szyjnych,</li> <li>- wykonany z materiału zabezpieczającego wchłanianie krwi i</li> </ul>	Tak/ Podać	X	



	wody, - przenikalny dla promieni X.			
X.	<b>Zestaw szyn Kramera (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b>	-	-	-
	- torba do transportu szyn, wyposażona w dwa uchwyty połączone zapięciem typu rzep; - uchwyty umożliwiające transport szyn w ręku i na ramieniu; - każda z szyn znajduje się w zdejmowanym, miękkim powleczeniu; - konstrukcja powleczenia szyn-szew wewnętrzny, nić rdzeniowa; - komplet szyn spięty taśmą typu „rzep”, umieszczony w pokrowcu dostosowanym -długością do najdłuższej szyny	Tak/ Podać	X	
XI	<b>Ssak mechaniczny ręczny (podać producenta i model, załączyć folder) – 1 kpl.</b>	-	-	-
	- obudowa pompy: tworzywo ABS - wydajność: min. 20 l/min - podciśnienie max.: 550 mmHg - pojemność pojemnika min. 300 ml - cewniki dla dorosłych /5"/ i dzieci /3,5"/ - nasadka do rurki intubacyjnej	Tak/ Podać	X	
XII	<b>Ssak akumulatorowy (podać producenta i model, załączyć folder) -1 kpl.</b>	-	-	-
	- naciśnięcie klawisza do – 0,8 bar	Tak/ Podać	X	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- podświetlanie klawiszy umożliwiające pracę w warunkach ograniczonej widoczności</li> <li>-elektroniczny system wyłączający pompę ssącą w przypadku przekroczenia ustawionej siły ssania</li> <li>-prędkość ssania – powyżej 20 l/min</li> <li>-zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji w autoklawie – poj. min. 1,0 l.</li> <li>- integralnie wbudowany filtr bakteryjny</li> <li>-temperatura pracy od - 18 do +40 °C</li> <li>- temperatura przechowywania od - 40 do +70 °C</li> <li>-mocowanie ściennie w ambulansie zgodne z PN EN 1789 pkt. 4.5.9 i 5.3</li> <li>- zasilanie 12 V zintegrowane z mocowaniem ściennym</li> <li>- czas pracy z akumulatora – do 45 minut</li> <li>-pojemnik wielokrotnego użytku</li> <li>- żywotność baterii – min. 2 lata (min. 400 cykli ładowania)</li> </ul> <p>zestaw powinien zawierać:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ssak</li> <li>- przewód zasilający z sieci 12 V</li> <li>- torba na akcesoria</li> <li>- zbiornik wielorazowego użytku</li> <li>- zestaw mocowania ściennego</li> </ul> <p>Deklaracja zgodności CE - należy dostarczyć przy dostawie</p>			
XIII	<b>Defibrylator karetkowy (podać producenta i model, załączyć folder) -1 kpl.</b>	-	-	-

	podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem	Tak/ Podać	X	
	przenośny, transportowy, stosowany przez zespoły ratownictwa medycznego,	Tak/ Podać	X	
	z wbudowanym uchwytem transportowym,	Tak/ Podać	X	
	odporny na drgania, wstrząsy min. 100g, oraz na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55	Tak/ Podać	X	
	zasilanie defibrylatora i ładowanie akumulatora/ów z instalacji karetkowej 12VDC, jako integralna część aparatu lub dodatkowy moduł, uchwyt ścienny zasilanie defibrylatora i ładowanie akumulatora/ów z instalacji karetkowej 12VDC, jako integralna część aparatu lub dodatkowy moduł, uchwyt ścienny zasilanie defibrylatora i ładowanie akumulatora/ów z instalacji karetkowej 12VDC, jako integralna część aparatu lub dodatkowy moduł, uchwyt ścienny	Tak/ Podać	X	
	akumulator/y wymienne ze zminimalizowanym efektem pamięci, nie dopuszcza się akumulatorów Ni-Cd,	Tak/ Podać	X	
	możliwość ciągłego zasilania aparatu i ładowania akumulatora/ów z instalacji ambulansu,	Tak/ Podać	X	
	możliwość stosowania elektrod jednorazowych	Tak/ Podać	X	
	akumulator/y z możliwością doładowywania w aparacie bez konieczności pełnego rozładowywania	Tak/ Podać	X	

czas monitorowania ekg z zasilania akumulatorowego ( na 1 akumulatorze) min. 6 godzin, lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią,	Tak/ Podać	X	
programowane przez użytkownika tryby monitorowania dorosłych, dzieci i noworodków z automatycznym ustawieniem progów alarmowych monitorowanych parametrów oraz energii defibrylacji dla poszczególnych grup wiekowych	Tak/ Podać	X	
defibrylacja dwufazowa , zakres regulacji od min. 2J do min. 200 J; podać dostępne poziomy energii oraz zalecany algorytm defibrylacji dla dorosłych i dzieci,	Tak/ Podać	X	
min. 20 dostępnych poziomów energii przy defibrylacji zewnętrznej/ kardiowersji automatyczna kompensacja prądowa lub napięciowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych,	Tak/ Podać	X	
kardiowersja,	Tak/ Podać	X	
defibrylacja manualna i półautomatyczna, możliwość defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych w kpl. kabel do elektrod i min.1 kpl elektrod	Tak/ Podać	X	
czas ładowania do energii maksymalnej max 7 sekund, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym	Tak/ Podać	X	
pełna obsługa defibrylacji ( wybór energii, ładowanie, wyładowanie, wydruk ekg) z łyżek zewnętrznych i za pomocą elementów regulacyjnych na płycie czołowej,	Tak/ Podać	X	

tryb doradczy z automatyczną analizą ekg,	Tak/ Podać	X	
możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci,	Tak/ Podać	X	
łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci zintegrowane,	Tak/ Podać	X	
ekran monitora kolorowy LCD lub równoważny zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia, o wysokim kontraście, przekątna ekranu min. 6,5',	Tak/ Podać	X	
możliwość wyświetlania min. 4 krzywych dynamicznych jednocześnie,	Tak/ Podać	X	
wzmocnienie zapisu ekg regulowane w zakresie min. 0,125 do 4,0 cm/mV,	Tak/ Podać	X	
stymulacja przezskórna ( zewnętrzna ) z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w kpl kabel i elektrody do stymulacji zewnętrznej,	Tak/ Podać	X	
zakres regulacji prądu stymulacji min. 10-140 mA,	Tak/ Podać	X	
stymulacja przezskórna, zakres regulacji częstości impulsów min. 40-170 /min, 3 odprowadzeniowe monitorowanie EKG, w komplecie kabel do monitorowania,	Tak/ Podać	X	
12 odprowadzeniowe monitorowanie EKG z funkcją analizy i interpretacji słownej z wydrukiem słownym oceny diagnostycznej, wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych, w komplecie kabel do monitorowania,	Tak/ Podać	X	

pełna funkcjonalność transmisji 12 odprowadzeniowego EKG przez telefon komórkowy lub modem	Tak/ Podać	X	
bezpłatna , bez konieczności kupowania licencji czy też dostępów do serwera transmisja 12-odprowadzeniowego zapisu EKG do szpitalnych systemów odbiorczych w systemie WiFi 802.11 a/b/g/n oraz bluetooth o funkcjonalności opisanej poniżej :	Tak/ Podać	X	
możliwość tworzenia identyfikatorów dla nadawców i automatycznego Nielimitowanego archiwizowania wszystkich rekordów wygenerowanych przez danego nadawcę	Tak/ Podać	X	
otrzymywanie powiadomień w postaci alarmów dźwiękowych i wizualnych o otrzymanej transmisji z powiadomieniem typu SMS na telefon lekarza dyżurnego , automatyczny wydruk raportu po zakończeniu transmisji danych , możliwość retransmisji , możliwość przeglądania zapisów EKG i wyników analizy z funkcją pomiarów amplitudowo –czasowych , możliwość wprowadzania opisów i komentarzy do przesyłanych rekordów	Tak/ Podać	X	
pomiar SpO2 w technologii Masimo SET odpornej na zakłócenia lub równoważnej, zakres pomiaru SpO2: min. 1-100%, zakres pomiaru pulsu min. 25- 240/min. , w kpl czujnik wielorazowy typu klips	Tak/ Podać	X	
drukarka termiczna zintegrowana, możliwość wydruku ekg w formacie 4x3 odprowadzenia,	Tak/ Podać	X	
ciężar aparatu w pełnej konfiguracji poniżej 7,5 kg (z kpl. akumulatorów i łyżkami)	Tak/ Podać	X	
kompletne wyposażenie z opakowaniem transportowym zabez-	Tak/ Podać	X	

pieczającym aparat przed uszkodzeniem,			
torba na akcesoria i uchwyt pozwalający na montaż i transport aparatu w karetkce (uchwyt zgodny z normą PN EN 1789, złączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789),	Tak/ Podać	X	
komunikacja z użytkownikiem oraz opisy elementów sterujących w języku polskim,	Tak/ Podać	X	
pamięć wewnętrzna: zapis kombinacji 24-godzinnych trendów z rozdzielczością 1 min., 1000 zdarzeń i 32 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne), wbudowany napęd pamięci zewnętrznej USB,	Tak/ Podać	X	
funkcja wspomaganie resuscytacji krążeniowo-oddechowej z informacją zwrotną o prawidłowości uciśnień klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnień, zgodnie z Wytycznymi 2010 ERC. Wyświetlanie na ekranie w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnień klatki piersiowej oraz graficzny wskaźnik relaksacji klatki piersiowej. Filtr cyfrowy automatyczny umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej.	Tak/ Podać	X	
załączyć do oferty folder z danymi technicznymi, dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia, deklarację zgodności CE, Certyfikat CE, potwierdzenie zgodności aparatu z wszystkimi wymogami normy PN EN 1789 – załączyć do oferty	Tak/ Podać	X	

## GWARANCJA I SERVIS

Wykonawca składający ofertę zobowiązany jest do wypełnienia Tabeli Nr VI w całym jej zakresie.

**Tabela Nr VI**

1.	Okres gwarancji na ambulans sanitarny (24 m-ce, 36 m-cy, 48 m-cy – podać zaoferowany okres) – parametr podlegający ocenie.	Tak/ Podać	x	
2.	Gwarancja na zabudowę pomieszczenia pacjenta i sprzęt medyczny – min. 24 miesiące	Tak/ Podać	x	
3.	Usługi serwisowe zabudowy sanitarnej ambulansu wymienionego w opisie techniczno - jakościowym w okresie obowiązywania gwarancji wliczone w cenę zamówienia	Tak	x	
4.	Czas reakcji serwisu od przyjętego zgłoszenia do podjętej naprawy lub do serwisowania, ilość godzin	Podać	x	
5.	Aktualna cena brutto w złotych za usługi serwisowe ambulansu według aktualnego cennika za 1 roboczogodzinę	Podać	x	
6.	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy ambulansu w okresie 1 roku	Podać	x	
7.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny samochodu w każdej ASO danej marki w Polsce. Podać odległość w kilometrach do najbliższego punktu serwisowego od Kozienc	Tak/ Podać	x	
8.	Zamontowanie przez Zamawiającego dodatkowego sprzętu i urządzeń medycznych nie skutkuje utratą gwarancji	Tak	x	

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy



