**ZP/11/18/W Załącznik nr 4 do SIWZ**

**FORMULARZ MINIMALNYCH PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**ORAZ PARAMETRÓW PUNKTOWANYCH**

Ambulans typu C z wyposażeniem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
| 2 | **model / typ** | **Tak/podać** |   |
| 3 | **rok produkcji - 2018** | **Tak/podać** |   |
| 4 | **NADWOZIE** |  |   |
| 5 | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. | **Tak/podać** |   |
| 6 | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego z łatwo zmywalną tapicerką. | **Tak/podać** |   |
| 7 | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, wysokie (otwór drzwiowy min. 180 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego. | **Tak/podać** |   |
| 8 | Drzwi boczne lewe przesuwne do tyłu, bez szyby. | **Tak/podać** |   |
| 9 | Drzwi tylne dwuskrzydłowe, wysokie (otwór drzwiowy min. 180 cm) umożliwiające bezproblemowe wejście do przedziału medycznego przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o | **Tak/podać** |   |
| 10 | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny | **Tak/podać** |   |
| 11 | Stopień wejściowy (boczny przy prawych drzwiach przesuwnych) do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie chowany / wysuwany przy zamykaniu / otwieraniu drzwi przesuwnych | **Tak/podać** |   |
| 12 | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) samochodu | **Tak/podać** |   |
| 13 | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją statycznego doświetlania zakrętów | **Tak/podać** |   |
| 14 | Kolor żółty (fabryczny) RAL1016 lub kolor biały | **Tak/podać** |   |
| 15 | **SILNIK** |  |   |
| 16 |  Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa CommonRail z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch zimnego silnika, o pojemności min. 1900 cm3 | **Tak/podać** |   |
| 17 | Moc silnika min. 125 KW. | **Tak/podać** |   |
| 18 | Silnik spełniający obecnie obowiązujące przepisy norm spalin  | **Tak/podać** |   |
| 19 | System wskazujący czas do następnego przeglądu tzw. aktywny system serwisowania – przeglądy serwisowe wg wskazań komputera nawet, co 40.000 km (w zależności od sposobu użytkowania), informacja o ilości kilometrów do następnego przeglądu serwisowego dostępna dla użytkownika przez cały okres eksploatacji pojazdu | **Tak/podać** |  |
| 20 | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** |  |   |
| 21 | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. sześciobiegowa + bieg wsteczny lub automatyczna z możliwością manualnej redukcji biegów,- ***opcja punktowana:*** * **skrzynia manualna- 0 pkt**
* **skrzynia automatyczna- 15 pkt**
 | **Tak/podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 22 | Napęd na koła przednie lub tylne | **Tak/podać** |   |
| 23 | **ZAWIESZENIE** |  |   |
| 24 | Fabryczne wzmocnione zawieszenie z min. stabilizatorem osi przedniej lub fabryczne zawieszenie wzmocnione tj. ze wzmocnionymi amortyzatorami, wzmocnionymi stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie pneumatyczne ze stabilizacją. Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy transport pacjenta. | **Tak/podać** |   |
| 25 | **UKŁAD HAMULCOWY** |  |   |
| 26 | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania | **Tak/podać** |   |
| 27 | System wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA i przerywanym trybem działania świateł STOP w przypadku nagłego hamowania | **Tak/podać** |   |
| 28 | System ABS zapobiegający blokadzie kół w trakcie hamowania | **Tak/podać** |   |
| 29 | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy np. ESP | **Tak/podać** |   |
| 30 | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | **Tak/podać** |   |
| 31 | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | **Tak/podać** |   |
| 32 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
| 33 | Alternator o wydajności min. 220 A | **Tak/podać** |   |
| 34 | Min. dwa akumulatory głębokiego rozładowania o pojemności min. 90 Ah każdy z możliwością dwukrotnej bezpłatnej wymiany po okresie gwarancji (w przypadku, gdy pojazd wyposażony jest w fabryczny akumulator typu kwasowego wykonawca zamiennie oferuje akumulator żelowy) | **Tak/podać** |  |
| 35 | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |   |
| 36 | Elementy sterowania na panelu i sterownikach w języku Polskim |  |  |
| 37 | Min. Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera, kurtyny powietrzne. | **Tak/podać** |  |
| 38 | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |
| 39 | Asystent martwego punktu sygnalizujący wizualnie i dźwiękowo o rozpoznanym pojeździe w martwym punkcie  | **Tak/podać** |  |
| 40 | Kolumna kierownicy regulowana min. w dwóch płaszczyznach. | **Tak/podać** |   |
| 41 | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne | **Tak/podać** |   |
| 42 | Klimatyzacja kabiny kierowcy | **Tak/podać** |   |
| 43 | Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanym w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |
| 44 | Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy | **Tak/podać** |   |
| 45 | Dodatkowy komplet kół zimowych na felgach stalowych | **Tak/podać** |   |
| 46 | **Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny zgodnie z aktualną PNEN 1789+A2** |  |   |
| 47 | Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszym Załączniku do SIWZ) musi posiadać przeprowadzone badania wyszczególnione w Załączniku C do normy PN-EN 1789+A2. (Zwraca się uwagę na fakt, że badania układów podtrzymujących i zamocowań 4.5.9/5.3 wykonuje jednostka notyfikowana) | **Tak/podać** |   |
| 48 | **NADWOZIE** |  |   |
| 49 | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800 | **Tak/podać** |   |
| 50 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, z miejscem mocowania krzesełka transportowego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego, deski ortopedycznej dla dorosłych i dzieci, kamizelki KED, szyn typu Kramer, trzech kasków. Od strony schowka ma być zapewniony dostęp do plecaka/torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym ( tak zwany dostęp do plecaka/torby z przedziału medycznego i zewnątrz pojazdu. | **Tak/podać** |   |
| 51 | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |   |
| 52 | 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 uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury. | **Tak/podać** |   |
| 53 | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W | **Tak/podać** |   |
| 54 | Dodatkowy niezależny od pracy silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 KW. | **Tak/podać** |   |
| 55 | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego.  | **Tak/podać** |   |
| 56 | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa) | **Tak/podać** |   |
| 57 | Dodatkowe ogrzewanie wodne, umożliwiające ogrzanie silnika przed jego rozruchem.Dodatkowa nagrzewnica wodna z zaworem odcinającym, oraz pompą wody, umożliwiająca ogrzewanie przedziału medycznego**.** | **Tak/podać** |  |
| 58 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |
| 59 | Instalacja elektryczna 230 V:  - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka) - min. 2 gniazda w przedziale medycznym - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. | **Tak/Podać** |   |
| 60 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie zainstalowanych akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  | **Tak/podać** |   |
| 61 | Przetwornica 12V/230V o mocy min 1000W, charakterystyka sinusoidalna, zasilanie po przetwornicy dostępne we wszystkich gniazdach 230V, przełączanie odbywa się w sposób automatyczny |  |  |
| 62 | Wizualna sygnalizacja informująca o połączeniu ambulansu do sieci 230V | **Tak/podać** |   |
| 63 | Instalacja elektryczna 12V:  - min. 6 gniazd 12 V w przedziale medycznym (w tym dwa 20A), do podłączenia urządzeń medycznych (miejsce lokalizacji do uzgodnienia po podpisaniu umowy),  - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone we wtyki | **Tak/podać** |   |
| 64 | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  |   |
| 65 | W przedniej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w kolorze niebieskim o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
| 66 | Pojazd wyposażony w modulator min. 180W (2 głośniki zamontowane w zderzaku pojazdu nie mogą być niczym przysłonięte), przystosowany do podawania komunikatów głosowych. Sterowanie modulatorem przy pomocy pilota dedykowanego do niego oraz klaksonu pojazdu. | **Tak/podać** |   |
| 67 | Na wysokości podszybia lub w pasie przednim dwie niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  | **Tak/Podać** |   |
| 68 | W tylnej części dachu pojedyncza lampa niebieska tupu LED o wysokości bez zestawu montażowego max. 100 mm (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |
| 69 | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu ww. drzwi | **Tak/podać** |   |
| 70 | Oznakowanie pojazdu w 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”) - z przodu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r , - po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej z literą S wpisaną w okrąg i na drzwiach tylnych pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r, - nazwy dysponenta jednostki umieszczony po obu bokach pojazdu ( emblemat dostarczy Zamawiający). | **Tak/podać** |   |
| 71 | Reflektory zewnętrzne typu LED z tyłu i po bokach, po dwa 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 20 km/h. | **Tak/Podać** |   |
| 72 | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej– podać markę i model. | **Tak/podać** |   |
| 73 | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |   |   |
| 74 | W kabinie kierowcy zamontowana stacja dokująco do tabletu Duradook na uchwycie RAM MOUNT oraz zestaw zasilający stacje dokujące + tablet Durabook R11AH z dodatkowym zasilaczem sieciowym i zasilaczem samochodowym | **Tak/Podać** |   |
| 75 | W kabinie kierowcy radiotelefon przewoźny cyfrowy DMR / GPS MOTOTRBO™ serii 4601e.  | **Tak/Podać** |   |
| 76 | W kabinie kierowcy moduł GPS Teltonika FM3300 z antenami zamocowanymi wewnątrz kabiny (szybie, podszybiu)  | **Tak/Podać** |   |
| 77 | W przedziale medycznym zamocowany uchwyty dodrukarki HP OfficeJet 200 Mobile Printer+ gniazdo zasilające drukarkę + drukarka HP OfficeJet 200 Mobile Printer z baterią. | **Tak/Podać** |   |
| 78 | Na dachu pojazdu anteny zewnętrzne rozmieszczone prostopadle do osi wzdłużnej pojazdu spełniające następujące wymogi: - pierwsza antena nadawczo-odbiorcza VHF zakres częstotliwości -168-170 MHz, współczynnik fali stojącej -1,6, polaryzacja pionowa, charakterystyka promieniowania –dookólna, odporność na działanie wiatru 55 m/s podłączona do radiotelefonu- druga antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do radiotelefonu- trzecia antena GPS (wtyk: SMA) zysk w paśmie GPS 28dBi podłączona do stacji dokującej dla tabletu Duradook- czwarta antenaGSM/DCS/UMTS (wtyk: SMA) min. 5dBi i max długości 29 cm podłączona do stacji dokującej dla tabletu Duradook- piąta antena samochodowa SHARK I AM/FM+GPS+GSM - uniwersalna antena w kształcie płetwy rekina do montażu na dachu (z tyłu) samochodu umożliwiająca podłączenie radioodbiornika AM/FM, odbiornika nawigacji satelitarnej GPS i instalacji GSM (Częstotliwości (Frequency): FM/76-110MHz; AM/525-1700Khz; GPS/1575MHz; Czułość (Gain): >20dbi; GPS >3dbi; GSM 2,15dbi; Napięcie zasilające (Workvoltage): 12V DC (10-14V DC); Typ kabla (Cable): RG-174; Długość kabla (Cable length): AM/FM 250mm; GPS 4000mm; GSM 250mm; Rezystancja (Impedance): AM/FM 75Ω; GPS 50Ω; GSM 50Ω; Średnica otworu montażowego (Boringdia.): 15mm; Połączenie (Connector): AM/FM DIN AUDIO; GPS SMA-A (male); GSM FME-A) | **Tak/Podać** |   |
| 79 | W kabinie kierowców dodatkowe dwa gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V pozwalające na zasilanie nawigacji, ładowanie telefonu komórkowego itp. | **Tak/podać** |   |
| 80 | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
| 81 | Sufitowe oświetlenie rozproszone realizowane przez lampy typu LED w naturalnym kolorze. | **Tak/podać** |   |
| 82 | Nad noszami, co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne ze światłem skupionym emitowanym przez lampy typu LED (lampy z regulacją kąta padania światła). | **Tak/Podać** |   |
| 83 | Oświetlenie punktowe blatu roboczego typu LED. | **Tak/podać** |   |
| 84 | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |
| 85 | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **Tak/podać** |   |
| 86 | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym  | **Tak/podać** |  |
| 87 | Na prawej ścianie min. jeden fotel obrotowy wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa, podłokietniki, (co najmniej z lewej strony) i zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia). Podać markę i model oferowanego fotela. Fotel wraz z podstawą jest elementem całopojazdowej homologacji, przebadany za zgodność 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. | **Tak/podać** |   |
| 88 | Fotel obrotowy u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) z systemem przesuwu usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa. Podać markę i model oferowanego fotela. Fotel z systemem przesuwu 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”. | **Tak/Podać** |   |
| 89 | 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 przesuwane (minimalne wymiary przejścia: wysokość przejścia min. 175cm, szerokość przejścia min. 40 cm) spełniające normę PN EN 1789+A2. | **Tak/podać** |  |
| 90 | Zabudowa przedziału medycznego wykonana z tworzywa sztucznego- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów. Miejsce mocowania torby oraz , plecaka medycznego- półki podsufitowe (na ścianie lewej i prawej) z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty- miejsce mocowanie, co najmniej trzech pudełek na rękawiczki jednorazowe- przy ścianie działowej szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną oraz z co najmniej trzema szufladami- zabudowany kosz na odpadki- zabudowany pojemnik na zużyte igły, strzykawki Zamawiający wymaga możliwości montażu sprzętu medycznego na lewej ścianie do przesuwnych paneli, umożliwiających przesuw sprzętu oraz zablokowanie w wybranej pozycji. Min. 3 szt. paneli pod defibrylator, respirator, pompy infuzyjne.Do oferty należy dołączyć schemat oferowanej zabudowy medycznej. | **Tak/Podać** |   |
| 91 | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | **Tak/Podać** |   |
| 92 | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **Tak/podać** |   |
| 93 | Centralna instalacja tlenowa: - wyposażona w min 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego oraz 1 gniazdo w suficie- 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy).- konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów  reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony- konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. - 2 szt. butli tlenowych 2 l lub 2,7 l z reduktorami (konstrukcja reduktora  umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy) zamontowane wewnątrz przedziału medycznego w specjalnie uchwycie zamontowanym na lewej lub prawej ścianie,- instalacja wyposażona w przepływomierz obrotowy o przepływie od 0 do 15L/min bez nawilżacza | **Tak/podać** |   |
| 94 | 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 przy dostawie). Zamawiający nie dopuszcza lawety, w której zwolnienie mechanizmu jej wysuwu odbywa się za pomocą linki. | **Tak/podać** |   |
| 95 | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych | **Tak/podać** |   |
| 96 | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |   |
| 97 | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa - oświetlenie ostrzegawcze- gaśnicę,- trzy kaski w zamontowanych uchwytach.- panel: * sterujący oświetleniem przedziału medycznego,
* sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału

medycznego,* sterujący oświetleniem zewnętrznym tzw. roboczym oprócz

sterowania na słupku drzwi tylnych | **Tak/podać** |   |
| 98 | Kabina kierowcy ma być wyposażona w: - radio z nawigacją o wyświetlaczu min. 7” ,- 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, - 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). | **Tak/podać** |   |
| 99 | Gwarancja mechaniczna na pojazd 24 m-ce, bez limitu kilometrów. Gwarancja na powłoki lakiernicze pojazdu 36 m-cy.Gwarancja na perforację nadwozia pojazdu 120 m-cy.Gwarancja na przedział medyczny (zabudowa medyczna i sprzęt towarzyszący) 24 m-ce. | **Tak/Podać** |   |
| 100 | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego w ciągu 48 godzin od zgłoszenia (np. mailem). | **Tak/Podać** |   |
| 101 | Pakiet serwisowy na samochód bez limitowanego przebiegu, umożliwiający obsługę i naprawę wyodrębnionych w umowie serwisowej części i elementów układów hamulcowego , zawieszenia, kierowniczego, przeniesienia napędu, napędowego, elektrycznego (w tym wymianę takich elementów jak pompa hamulcowa, amortyzatory przednie , tylne , resory, przekładnie kierowniczą, filtr cząsteczek stałych, rozrząd, turbosprężarkę , sprzęgło, koło dwumasowe, ogumienie itp.) Załączyć pakiet umowy serwisowej.- ***opcja punktowana:*** * pakiet serwisowy min. 96 miesięcy - 5 pkt
* brak pakietu serwisowego na min. 96 miesięcy – 0 pkt
 | **TAK lub NIE  Podać** | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 102 | **NOSZE GŁÓWNE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |   |
| 103 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 104 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/Podać** |   |
| 105 | **rok PRODUKCJI- 2018** | **Tak/Podać** |   |
| 106 | Możliwość płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni | **Tak/podać** |   |
| 107 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha, przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. | **Tak/podać** |   |
| 108 | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; | **Tak/podać** |   |
| 109 | Zestaw pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy, z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci na noszach (dokumenty potwierdzające kompatybilność). | **Tak/podać** |   |
| 110 |  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  | **Tak/podać** |   |
| 111 | Możliwość wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy | **Tak/Podać** |   |
| 112 | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnym | **Tak/Podać** |   |
| 113 | Cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi i płynów, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | **Tak/Podać** |   |
| 114 | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/podać** |   |
| 115 | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | **Tak/podać** |   |
| 116 | Waga oferowanych noszy max. 23 kg | **Tak/podać** |   |
| 117 | Gwarancja na nosze min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 118 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 119  | Serwis gwarancyjny noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |
| 120 |  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie, w języku polskim).** |  |   |
| 121 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |   |
| 122 | **model / typ** | **Tak/Podać** |   |
| 123 | **rok PRODUKCJI- 2018** | **Tak/Podać** |   |
| 124 | System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN-EN 1789+A2, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC, załączyć przy dostawie. | **Tak/Podać** |   |
| 125 | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu transportera noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie transportera noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę bez konieczności przyciskania jakichkolwiek dźwigni lub przycisków zwalniających mechanizm składania podwozia  | **Tak/Podać** |   |
| 126 | System szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | **Tak/Podać** |   |
| 127 | Regulację wysokości w min sześciu poziomach | **Tak/Podać** |   |
| 128 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | **Tak/podać** |   |
| 129 | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, 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** |   |
| 130 | min. dwa kółka wyposażone w hamulce | **Tak/podać** |   |
| 131 | System zabezpieczający przed niekontrolowanym złożeniem podwozia w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na podstawie, a zwolniona jest blokada przednich goleni.  | **Tak/podać** |   |
| 132 | Blokada zabezpieczająca przed opadnięciem transportera w dół w trakcie załadunku do ambulansu w przypadku gdy kółka najazdowe nie opierają się na stole medycznym a zwolniony jest mechanizm składania podwozia w trakcie załadunku do ambulansu.Blokada zabezpieczająca transporter noszy przed samoczynnym upadkiem w dół w przypadku niekontrolowanego zwolnienia mechanizmu składającego golenie.  | **Tak/podać** |   |
| 133 | Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 223 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg) | **Tak/podać** |   |
| 134 | Waga zestawu transportowego max. 51 kg | **Tak/podać** |   |
| 135 | transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/Podać** |   |
| 136 | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi  | **Tak/Podać** |   |
| 137 | Gwarancja na transporter noszy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 138 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 139 | Serwis gwarancyjny transportera noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |
| 140 | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE KARDIOLOGICZNE SKŁADANE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-4 lub normy równoważnej) ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |   |
| 141 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 142 | **model / typ, załączyć folder przy dostawie** | **Tak/podać** |   |
| 143 | **rok PRODUKCJI- 2018** | **Tak/podać** |   |
| 144 | Wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |
| 145 | Wyposażone w min. 4 kółka jezdne, przy czym przednie koła obrotowe o średnicy min. 100mm, a tylne o średnicy min. 150mm wyposażone w hamulce | **Tak/podać** |   |
| 146 | Wyposażone w składany system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach z tzw. hamulcem obciążeniowym tzn. im pacjent cięższy tym krzesło wolniej jedzie po schodach.  | **Tak/Podać** |   |
| 147 | Wyposażony w tylną ramę o regulowanej długości/wysokości służącą do znoszenia i zjazdu po schodach | **Tak/Podać** |   |
| 148 | Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości na min. trzech poziomach  | **Tak/Podać** |   |
| 149 | Wyposażone w składane tylne rączki transportowe  | **Tak/Podać** |   |
| 150 | Wyposażone w podparcie pod nogi pacjenta  | **Tak/Podać** |   |
| 151 | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | **Tak/podać** |   |
| 152 | Oparcie z możliwością unieruchomienia głowy pacjenta (dopuszcza się opcję np. zagłówek mocowany do ramy krzesełka | **Tak/Podać** |   |
| 153 | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego, szybkodemontowalne | **Tak/podać** |   |
| 154 | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie, plus 1 kpl pasów zapasowych | **Tak/podać** |   |
| 155 | waga max 15 kg z systemem zjazdu po schodach  | **Tak/podać** |   |
| 156 | dopuszczalne obciążenie min 200 kg (podać max. obciążenie) | **Tak/Podać** |   |
| 157 | Gwarancja na krzesełko transportowe kardiologiczne min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 158 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 159 | Serwis gwarancyjny krzesełka transportowego kardiologicznego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |
| 160 | **NOSZE PODBIERAKOWE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej) ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** |  |   |
| 161 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |
| 162 | **model / typ, załączyć folder przy dostawie** | **Tak/podać** |   |
| 163 | **rok PRODUKCJI- 2018** | **Tak/podać** |   |
| 164 | Rama noszy wykonana z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |
| 165 | Łopaty wykonane z tworzywa sztucznego | **Tak/podać** |   |
| 166 | Nosze umożliwiają wykonanie pełnego zdjęcia RTG na poziomie diagnostycznym (głowy, miednicy - kręgosłupa | **Tak/podać** |   |
| 167 | Wielostopniowa regulacja długości noszy umożliwiająca ich dopasowanie do wymiaru pacjenta  | **Tak/podać** |   |
| 168 | Wyposażone w min 3 szt. pasów zabezpieczających o regulowanej długości mocowane do ramy noszy | **Tak/podać** |   |
| 169 | Konstrukcja zamków spinających łopaty wykluczająca możliwość przypadkowego ich rozpięcia | **Tak/podać** |   |
| 170 | Minimum 10 ergonomicznych zdystansowanych od podłoża uchwytów do przenoszenia, umieszczonych na obwodzie noszy | **Tak/podać** |   |
| 171 | Możliwość złożenia ich w połowie długości celem łatwiejszego transportu | **Tak/podać** |   |
| 172 | Konstrukcja noszy umożliwiająca montaż systemu unieruchomienia głowy | **Tak/podać** |   |
| 173 | Obciążenie dopuszczalne min 159 kg  | **Tak/podać** |   |
| 174 | Waga noszy max 8 kg | **Tak/podać** |   |
| 175 | Szerokość noszy min 41 cm | **Tak/podać** |   |
| 176 | Gwarancja na nosze podbierakowe min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |
| 177 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |
| 178 | Serwis gwarancyjny noszy podbierakowych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |   |
| 179 | **PŁACHTA RATOWNICZA****(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 180 | **Podać markę i model**  | **Tak/podać** |  |
| 181 | Wykonana z tworzywa sztucznego o bardzo dużej wytrzymałości, odporna na działanie substancji ropopochodnych, smarów i olejów, nieprzyjmująca krwi brudu, przystosowana do dezynfekcji.  | **Tak/podać** |  |
| 182 | Wyposażona w min. 8 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie, wyposażona w specjalne zakładki zabezpieczające przed wysunięciem się pacjenta w trakcie transportu po schodach, przystosowana do transportu pacjentów na desce ortopedycznej. | **Tak/podać** |  |
| 183 | Waga max 3 kg.  | **Tak/podać** |  |
| 184 | Obciążenie dopuszczalne powyżej 300 kg.Podać max obciążenie i wymiary. | **Tak/podać** |  |
| 185 | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 186 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 187 | 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 | **Tak/podać** |  |
| 188 | Gładka, płaska powierzchnia leża pacjenta. z możliwością prześwietlania promieniami X. | **Tak/podać** |  |
| 189 | Uchwyty do przenoszenia – min. 20 szt. rozmieszczone na obwodzie deski, zdystansowane od podłoża. | **Tak/podać** |  |
| 190 | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe min. 6 sztuki z możliwością regulacji długości zakończone metalowymi obrotowymi karabińczykami, zapięcie pasów w postaci metalowego szybkozłącza , pasy kodowane kolorem | **Tak/podać** |  |
| 191 | System unieruchomienia głowy wielokrotnego użytku składający się z podkładki pod głowę mocowanej do deski ortopedycznej , dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami usznymi + min. dwa paski mocujące głowę | **Tak/podać** |  |
| 192 | Dopuszczalne obciążenie powyżej 200 kg ,długość min 180 cm, szerokość min 41 cm, ciężar deski max 8 kg. | **Tak/podać** |  |
| 193 | **KAMIZELKA ORTOPEDYCZNA ,****Na wezwanie Zamawiającego :dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. , folder, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie .** |  |  |
| 194 | Pokryta wytrzymałym, odpornym na przetarcia tworzywem sztucznym, wykonana z materiału zmywalnego przystosowana do dezynfekcji , nienasiąkliwa , nieprzyjmująca krwi i brudu. | **Tak/podać** |  |
| 195 | Wyposażona we wbudowane uchwyty transportowe i komplet pasów zabezpieczających kodowanych kolorem | **Tak/podać** |  |
| 196 | Poduszkę wypełniającą krzywizny ciała , paski stabilizujące głowę min 2 szt. , pokrowiec ochronny , prześwietlalna dla promieni X stopniu diagnostycznym umożliwiającym diagnostykę RTG | **Tak/podać** |  |
| 197 | Obciążenie dopuszczalne powyżej 200 kg , waga kamizelki do 4 kg |  |  |
| 198 | **DESKA ORTOPEDYCZNA PEDIATRYCZNA** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 199 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 200 | Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci w pokrowcu ochronnym transportowym łatwo zmywalnym. | **Tak/podać** |  |
| 201 | Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, nienasiąkliwa, przystosowana do dezynfekcji, przepuszczalna dla promieni X w stopniu umożliwiającym pełną diagnostykę RTG | **Tak/podać** |  |
| 202 | Wyposażona we wbudowane kodowane kolorem pasy zabezpieczające i co najmniej 4 uchwytami do przenoszenia oraz do z wbudowanymi uchwytami do mocowania na noszach. | **Tak/podać** |  |
| 203 | Wyposażona w wbudowany system do unieruchamiania głowy  | **Tak/podać** |  |
| 204 |  Dopuszczalne obciążenie min. 40 kg. | **Tak/podać** |  |
| 205 | Waga deski max. 4 kg | **Tak/podać** |  |
| 206 | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 207 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 208 | Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 749-3 | **Tak/podać** |  |
| 209 | Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie z jednego źródła zasilania pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu (dopuszcza się elektroniczne zasilanie modułu alarmów) | **Tak/podać** |  |
| 210 | Maksymalna waga respiratora ≤ 2,5 kg | **Tak/podać** |  |
| 211 | Tryb wentylacji IPPV lub CMV | **Tak/podać** |  |
| 212 | Funkcja automatycznej blokady w cyklu wentylacji IPPV lub CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej | **Tak/podać** |  |
| 213 | Układ pacjenta z zaworem antyinhalacyjnym - możliwość wentylacji biernej 100% tlenem w atmosferze skażonej. | **Tak/podać** |  |
| 214 | Niezależna płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej | **Tak/podać** |  |
| 215 | Zakres regulacji parametrów wentylacji umożliwiający wentylację zastępczą dorosłych i dzieci- częstość oddechowa min. 8-40 cykli/min- objętość oddechowa min. 80-1300 ml | **Tak/podać** |  |
| 216 | Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 60% (podać wartość znamionową stężenia O2 deklarowaną w materiałach technicznych producenta) | **Tak/podać** |  |
| 217 | Tryb wentylacji biernej 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem zależnym od podciśnienia w układzie oddechowym, przepływ maksymalny > 120 l/min. | **Tak/podać** |  |
| 218 | Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 219 | Zintegrowana z respiratorem zastawka PEEP z zakresem regulacji 0-20 cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 220 | Tryb wentylacji CPAP z zakresem regulacji do max 15cmH2O , zintegrowany z respiratprem przepływomierz z zakresem regulacji przepływu min. 1-30 l/min. | **Tak/podać** |  |
| 221 | Możliwość ręcznego wyzwolenia wdechu  | **Tak/podać** |  |
| 222 | Czułość wyzwalania trybu „na żądanie” poniżej 3 cmH2O | **Tak/podać** |  |
| 223 | Manometr ciśnienia w układzie pacjenta wbudowany w respirator | **Tak/podać** |  |
| 224 | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego | **Tak/podać** |  |
| 225 | Alarmy (dopuszcza się elektryczne zasilanie modułu alarmów):- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta (rozłączenia)- stałego ciśnienia w układzie pacjenta- niskiego ciśnienia gazu zasilającego | **Tak/podać** |  |
| 226 | układ oddechowy pacjenta – min 3 szt. + min 3 szt. kpl układów oddechowych do CPAP-u  | **Tak/podać** |  |
| 227 | Uchwyt mocujący respirator na ścianie zgodny z wymogami normy PN EN 1789 | **Tak/podać** |  |
| 228 | Przenośny zestaw tlenowy:* torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach, zaczepy umożliwiające zawieszenia torby na ramie łóżka/ noszy
* butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O2 z głowicą DIN ¾‘, pojemność 400 l O2 przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm

- reduktor tlenowy z gniazdem AGA O2 i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200atm, przepływ z gniazda AGA powyżej 120l/min., manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem | **Tak/podać** |  |
| 229 | Gwarancja na respirator transportowy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 230 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 231 | Serwis gwarancyjny respiratora transportowego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 232 | **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY Z FUNKCJĄ TRANSMISJI DANYCH (Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r., instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 233 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 234 | **Rok produkcji 2018** | **Tak/podać** |  |
| 235 | Defibrylator przenośny dla dorosłych i dzieci o wadze kompletnego defibrylatora gotowego do pracy według opisanej specyfikacji poniżej 10 kg  | **Tak/podać** |  |
| 236 | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55 | **Tak/podać** |  |
| 237 | Temperatura zewnętrzna pracy defibrylatora i monitorowania EKG od min. -20 do +55oC | **Tak/podać** |  |
| 238 | Czas pracy na akumulatorze: min. 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z max energią | **Tak/podać** |  |
| 239 | Zasilanie defibrylatora poprzez uchwyt karetkowy zapewniający możliwość ładowania akumulatora/ów w aparacie oraz zasilanie defibrylatora  | **Tak/podać** |  |
| 240 | Akumulator litowo-jonowy lub równoważny, ze zminimalizowanym efektem pamięci , czas ładowania do max 4,5 godzin  | **Tak/podać** |  |
| 241 | Defibrylacja dwufazowa w trybie ręcznym i automatycznym , regulacja energii w zakresie min. 2-200J , dostępne min.20 poziomów energii zew, gotowość do defibrylacji max energią w max 7 s. , możliwość wykonania kardiowersji. W komplecie łyżki zewnętrzne do defibrylacji dla dorosłych i dzieci. | **Tak/podać** |  |
| 242 | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min 6,5'' , Możliwość wyświetlenia 4 krzywych dynamicznych jednocześnie | **Tak/podać** |  |
| 243 | Wyświetlanie na ekranie oraz wydruk pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | **Tak/podać** |  |
| 244 | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | **Tak/podać** |  |
| 245 | Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń i 32 zrzutów ekranowych (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | **Tak/podać** |  |
| 246 | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i możliwością transmisji przez modem GSM  | **Tak/podać** |  |
| 247 | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /min  | **Tak/podać** |  |
| 248 | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 2,0 cm/mV | **Tak/podać** |  |
| 249 | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | **Tak/podać** |  |
| 250 | Częstotliwość stymulacji regulowana w zakresie min. 30-180 imp/min , prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 10-140 mA | **Tak/podać** |  |
| 251 | Pomiar SpO2 w technologii Masimo SET lub równoważny  | **Tak/podać** |  |
| 252 | pomiaru SpO2 w zakresie 1-100% i pulsu w trakcie pomiaru saturacji  | **Tak/podać** |  |
| 253 | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, zsynchronizowany pomiar RR z kablem EKG , czas pomiaru do 30 sekundParametr nie wymagany punktowany  | **Tak/podać** |  |
| 254 | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością. | **Tak/podać** |  |
| 255 | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowejParametr nie wymagany punktowany  | **Tak/podać** |  |
| 256 | Pomiar etCO2 , możliwość pomiaru u pacjentów zaintubowanych dorosłych i dzieci  | **Tak/podać** |  |
| 257 | Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG oraz mierzonych parametrów przez dedykowany modem , transmisja GSM 3G /bez karty sim operatora sieci komórkowej/ do szpitalnych systemów odbiorczych. | **Tak/podać** |  |
| 258 | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt. | **Tak/podać** |  |
| 259 | Kabel do stymulacji | **Tak/podać** |  |
| 260 | Czujnik SpO2 –z czujnikiem klips palcowy | **Tak/podać** |  |
| 261 | Elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min. 5 kpl. i dzieci min. 2 kpl. | **Tak/podać** |  |
| 262 | Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji: standardowy dla dorosłych 2 szt. i dzieci min.2 szt., dla dorosłych otyłych 2 szt. o dł. obwodowej mankietu min. 40 cm. | **Tak/podać** |  |
| 263 | Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do ambulansu z funkcją ładowania i zasilania po wpięciu aparatu zgodny z normą PN-EN 1789+A2 | **Tak/podać** |  |
| 264 | Gwarancja na defibrylator transportowy min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 265 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 266 | Serwis gwarancyjny defibrylator transportowego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 267 | **KAPNOMETR****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789 + A2 (EN ISO 80601-2-55:2011) lub normy równoważnej. Załączyć przy dostawie, certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |  |
| 268 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 269 | **Rok produkcji 2018** | **Tak/podać** |  |
| 270 | Zakres pomiaru saturacji SpO2 : 20– 100% | **Tak/podać** |  |
| 271 | Dokładność ± 2 cyfry w zakresie 70 – 100% | **Tak/podać** |  |
| 272 | Zakres pomiaru częstości pulsu: 20– 300 ppm | **Tak/podać** |  |
| 273 | Dokładność ± 3% ± 1 cyfra  | **Tak/podać** |  |
| 274 | Zakres pomiaru CO2 : 0 – 75 mmHg | **Tak/podać** |  |
| 275 | Zakres pomiaru respiracji: 1 – 60 oddechów / min | **Tak/podać** |  |
| 276 | Próg detekcji oddechu: 5 mmHg | **Tak/podać** |  |
| 277 | Długości fal pomiarowych: 660 nm (czerwona) i 910 nm (podczerwona) | **Tak/podać** |  |
| 278 | Pamięć: 18 godzin | **Tak/podać** |  |
| 279 | Temperatura pracy: od −20 do +50 °C , (pulsoksymetria) / od 0 do +50 °C (kapnometria) | **Tak/podać** |  |
| 280 | Wilgotność pracy: 10 – 90% bez kondensacji | **Tak/podać** |  |
| 281 | Zasilanie bateryjne | **Tak/podać** |  |
| 282 | czas pracy: 90 godzin monitorowania SpO2 i pulsu lub 20 godzin monitorowania SpO2, pulsu i CO2 | **Tak/podać** |  |
| 283 | waga: do 400 g (z kompletem baterii) | **Tak/podać** |  |
| 284 | Gwarancja na kapnometr min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 285 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 286 | Serwis gwarancyjny kapnometru realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 287 | **PULSOKSYMETR TYPU KLIPS PALCOWY(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789 + A2 (EN ISO 80601-2-55:2011) lub normy równoważnej. Załączyć do oferty, certyfikat zgodności z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim).** |  |  |
| 288 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 289 | **Rok produkcji 2018** | **Tak/podać** |  |
| 290 | Pomiar SpO2 i pulsu | **Tak/podać** |  |
| 291 | Zakres pomiaru saturacji SpO2 : 0 – 100%, dokładność max. ± 2 cyfry 70 – 100% | **Tak/podać** |  |
| 292 | Zakres pomiaru częstości pulsu min.: 18 – 321 ppm, dokładność ± 3% ± 1 cyfra | **Tak/podać** |  |
| 293 | Długości fal pomiarowych: 660 nm (czerwona) i 910 nm (podczerwona) | **Tak/podać** |  |
| 294 | Duże, cyfrowe wyświetlacze LED | **Tak/podać** |  |
| 295 | 3-kolorowy wskaźnik perfuzji | **Tak/podać** |  |
| 296 | Temperatura pracy min.: od 0 do +40 °C | **Tak/podać** |  |
| 297 | Zasilanie: 2 baterie alkaliczne typu AAA | **Tak/podać** |  |
| 298 | Czas pracy: min. 21 godzin pracy ciągłej, 2500 pojedynczych pomiarów o długości 30 sekund | **Tak/podać** |  |
| 299 | Wymiary: max. 35 x 35 x 56 cm | **Tak/podać** |  |
| 300 | Waga: max. 55 g (z kompletem baterii) | **Tak/podać** |  |
| 301 | Wysoka odporność na uszkodzenia | **Tak/podać** |  |
| 302 | Pokrowiec ochronny | **Tak/podać** |  |
| 303 | Gwarancja na pulsoksymetr min. 24 m-ce | **Tak/podać** |  |
| 304 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |  |
| 305 | Serwis gwarancyjny pulsoksymetru realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 327 | Serwis gwarancyjny ssaka elektrycznego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |  |
| 328 | **ZESTAW DO TRANSPORTU AMPUTOWANYCH KOŃCZYN** **(Sprzęt medyczny ma posiadać dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania na terenie R.P. zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych, z dnia 20.05.2010 r. instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie w języku polskim.** **)** |  |  |
| 329 | **Podać markę i model** | **Tak/podać** |  |
| 330 | Zestaw przeznaczony do zabezpieczenia i transportu amputowanych kończyn w wypadku amputacji urazowych w warunkach poza szpitalnych , umieszczony w walizce lub torbie , w skład zestawu wchodzą min. 4 pakiety dedykowane do określonych kończyn i części ciała tj palec, dłoń, ręka, noga, każdy z elementem chłodzącym. | **Tak/podać** |  |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są fabrycznie nowe, nie powystawowe, nieregenerowane, nie demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

UWAGA:

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt. 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

5. Zamawiający w przypadku wątpliwości co do zaoferowanego sprzętu może wezwać Wykonawcę do dostarczenia deklaracji/certyfikatów itp. na każdym etapie postepowania.

...................................................... .........................................................

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć

 osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy