**ZP/2/18/W Załącznik nr 5 do SIWZ**

**FORMULARZ MINIMALNYCH PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**ORAZ PARAMETRÓW PUNKTOWANYCH**

Ambulansów typu C z wyposażeniem

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 1 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Model / typ** | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 3 | **Rok produkcji: 2017-2018,****Stan: nowe - demo** | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 4 | **NADWOZIE** |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 6 | Kabina kierowcy wyposażonaw dwa pojedyncze fotelez podłokietnikami i regulacją odcinka lędźwiowego. | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 7 | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, wysokie (otwór drzwiowy min. 170 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 wejściedo przedziału medycznego przeszklone otwierane na bokido kąta min. 260o | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 10 | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 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 | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 14 | Kolor żółty (fabryczny) RAL1016 lub kolor biały | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 15 | **SILNIK** |  |   |  |  |  |  |
| 16 |  Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany,  z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa, o pojemności min. 1900 cm3 | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 17 | Moc silnika min. 125 KW | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 18 | Silnik spełniający obowiązujące przepisy norm spalin  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 19 | System wskazujący czas do następnego przeglądu lub 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**- opcja punktowana :**  **- aktywny system** **serwisowania- 1 pkt** **- inne rozwiązanie- 0 pkt** | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 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** **1 pkt** | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | 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 hydropneumatyczne (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 | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 31 | System zapobiegający poślizgowi kół w trakcie ruszania  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 32 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |  |  |  |  |
| 33 | Alternator o wydajności min. 200 A | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 34 | Min. dwa akumulatory, każdy o pojemności min. 95 Ah, w tym jeden głębokiego rozładowania - żelowy | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 35 | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |   |  |  |  |  |
| 36 | Min. czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 37 | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 38 | Klimatyzacja kabiny kierowcy | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 39 | Czujniki cofania lub kamera cofania | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 40 | Pełnowymiarowe koło zapasowe  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 41 | Dodatkowy komplet kół zimowych na felgach stalowych | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 42 | Elektryczne regulowane i podgrzewane lusterka wsteczne  | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 43 | **Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny zgodnie z aktualną PN-EN 1789+A2** |  |   |  |  |  |  |
| 44 | 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** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 45 | **NADWOZIE** |  |   |  |  |  |  |
| 46 | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość(mierzona na wysokości podłogi) x szerokość x wysokość) 2800 x 1700 x 1800Długość przedziału medycznego **-opcja punktowana:** **- długość przedziału** **medycznego 2800mm do** **3100mm -0 pkt** **- długość przedziału** **medycznego 3101mm** **i więcej -1 pkt** | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! |
| 47 | 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. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 48 | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  |   |  |  |  |  |
| 49 | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnika | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 50 | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 51 | Dodatkowy niezależny od pracy silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 KW. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 52 | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego.  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 53 | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 54 | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |   |  |  |  |  |
| 55 | 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** |   |  |  |  |  |
| 56 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie zainstalowanych akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki).  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 57 | Wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 58 | 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 | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 59 | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA** **I OZNAKOWANIE** |  |   |  |  |  |  |
| 60 | W przedniej części dachu belka sygnalizacyjna typu LED w formie lampy zespolonej o wysokości max. 100 mm wyposażona w podświetlany napis „AMBULANS” i dwa reflektorki. (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 61 | 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** |   |  |  |  |  |
| 62 | Na wysokości podszybia lub w pasie przednim dwie niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 63 | W tylnej części dachu pojedyncza lampa niebieska typu LED o wysokości bez zestawu montażowego max. 100 mm (podać markę i model oraz wysokość lampy w mm). | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 64 | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo świetlnej realizowane przez jeden włącznik umieszczony w widocznym łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 65 | Dodatkowe kierunkowskazy oraz światła obrysowe w tylnej górnej części nadwozia | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 66 | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy ich otwarciu. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 69 | 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 18.10.2010 r.,- 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 użytkownik pojazdu). | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 70 | 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** |   |  |  |  |  |
| 71 | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej– podać markę i model. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 72 | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |   |   |  |  |  |  |
| 73 | W kabinie kierowcy zamontowana stacja dokująco do tabletu Duradook na uchwycie RAM MOUNT | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 74 | W kabinie kierowcy radiotelefon przewoźny cyfrowy DMR / GPS MOTOTRBO™ serii 4601e  | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 75 | W kabinie kierowcy moduł GPS Teltonika FM3300 z antenami zamocowanymi wewnątrz kabiny (szybie, podszybiu)  | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 76 | W przedziale medycznym zamocowane uchwyty do zainstalowania drukarki HP OfficeJet 100 Mobile Printer | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 77 | Na dachu pojazdu anteny zew 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 antena GSM/DCS/UMTS (wtyk: SMA) min. 5dBi i max dł. 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** |   |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 78 | W kabinie kierowców dodatkowe dwa gniazda (zapalniczkowe) zasilające 12 V pozwalające na zasilanie nawigacji, ładowanie telefonu komórkowego itp. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 79 | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |  |  |  |  |
| 80 | Sufitowe oświetlenie rozproszone realizowane przez lampy typu LED w naturalnym kolorze. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 81 | Nad noszami, co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne ze światłem skupionym emitowanym przez lampy typu LED (lampy z regulacją kąta padania światła). | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 82 | Oświetlenie punktowe blatu roboczego typu LED. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 83 | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  |   |  |  |  |  |
| 84 | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 85 | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 86 | 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** |   |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 87 | Fotel u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lubzintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa. Podać markę i model oferowanego fotela. Fotel wraz podstawą przebadany na zgodność z REG 14 dla typu pojazdu w odniesieniu do kotwiczeń pasów bezpieczeństwa i REG 17 dla typu pojazdu w odniesieniu do wytrzymałości siedzeń i ich mocowań. | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 88 | 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. 135cm, szerokość przejścia min. 40 cm) spełniające normę PN EN 1789+A2. Przegroda z przejściem pomiędzy przedziałami o wysokości powyżej 170 cm , jako opcja dodatkowo punktowana-**opcja punktowana**: **- wysokość przejścia**  **135 cm- 170 cm- 0 pkt** **- wysokość przejścia 171 cm** **i więcej 1 pkt** | **Tak/podać** |  Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! | Uwaga: opcja punktowana ! |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 89 | Zabudowa przedziału medycznego wykonana z tworzywa sztucznego:- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, miejscem 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** |   |  |  |  |  |
| 90 | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 91 | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 92 | Centralna instalacja tlenowa: - 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 specjalnym uchwycie zamontowanym na lewej  lub prawej ścianie. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 93 | 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 certyfikat zgodności). Zamawiający nie dopuszcza lawety, w której zwolnienie mechanizmu jej wysuwu odbywa się za pomocą linki. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 94 | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 95 | **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |   |  |  |  |  |
| 96 | Przedział medyczny ma być wyposażony w: - urządzenie do wybijania szyb  i przecinania pasów bezpieczeństwa,- gaśnicę i trójkąt ostrzegawczy,- panel:  -sterujący oświetleniem przedziału medycznego, -sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego, -zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału med., -sterujący oświetleniem  zewnętrznym tzw. roboczym,- trzy kaski w uchwytach zamontowanych w schowku za drzwiami przesuwnymi  lewymi lub w przedziale med. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 97 | Kabina kierowcy ma być wyposażona w: - panel sterujący:  -informujący kierowcę  o działaniu reflektorów zewnętrznych roboczych), -informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia amb. z powodu podłączenia jego  do sieci 230 V, -informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia amb. z powodu otwartych drzwi między przedziałem med.  a kabiną kierowcy,  -informujący kierowcę  o poziomie naładowania  akumulatora bazowego amb.  i akumulatora dodatkowego - przenośny szperacz sieciowo-  akumulatorowo z możliwością ładowania w ambulansie, czas pracy na akumulatorze 2 godz. (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** |   |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 98 | Gwarancja:  - mechaniczna na pojazd min. 24 m-ce, bez limitu kilometrów, - na powłoki lakiernicze pojazdu  min. 36 m-cy,  - na perforację nadwozia pojazdu min. 72 m-cy,  - na przedział medyczny  (zabudowa medyczna i sprzęt  towarzyszący) min .24 m-ce. | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 99 | W okresie gwarancji darmowe przeglądy okresowe zabudowy sanitarnej realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 100 | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 101 | **NOSZE GŁÓWNE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy** **PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć do oferty certyfikat zgodności** **z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie** **w języku polskim).** |  |   |  |  |  |  |
| 102 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 103 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 104 | **Rok produkcji: 2017 - 2018** | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 105 | Możliwość płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 90 stopni | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 106 | 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** |   |  |  |  |  |
| 107 | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 108 | 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. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 109 |  Składane poręcze boczne, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 110 | Możliwość wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 111 | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnym | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 112 | Cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi i płynów, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 113 | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 114 | Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 115 | Waga oferowanych noszy max. 23 kg | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 116 | Gwarancja na nosze min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 117 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 118 | W okresie gwarancji darmowe przeglądy okresowe noszy głównych realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 119 | Serwis gwarancyjny noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 120 |  **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy** **PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć do oferty, 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: 2017 - 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 do oferty. | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 125 | System automatycznego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu transportera noszy z/do ambulansu za pomocą dźwigni pozwalający na bezpieczne prowadzenie/wyprowadzenie transportera noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę .  | **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** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 129 | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółekdo 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. Dopuszcza się system zabezpieczający w postaci dodatkowej blokady załadunku transportera. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 132 | Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym opadnięciem transportera w przypadku niekontrolowanego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie w postaci min. podwójnego systemu odblokowywania goleni. Dopuszcza się podwójny system odblokowywania goleni oraz w postaci zamkniętej budowy panelu kontrolnego transportera  | **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** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 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 | W okresie gwarancji darmowe przeglądy okresowe transportera noszy głównych realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 140 | Serwis gwarancyjny transportera noszy głównych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 141 | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE KARDIOLOGICZNE SKŁADANE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy** **PN-EN 1865-4 lub normy równoważnej. Załączyć do oferty, certyfikat zgodności** **z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie** **w języku polskim).** |  |   |  |  |  |  |
| 142 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 143 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 144 | **Rok produkcji: 2017- 2018** | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 145 | Wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 146 | Wyposażone w min. 4 kółka jezdne przy czym przednie koła obrotowe, a tylne wyposażone w hamulce | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 147 | 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** |   |  |  |  |  |
| 148 | Wyposażony w tylną ramę o regulowanej dł.i/wysok. służącą do znoszenia i zjazdu po schodach | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 149 | Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości  | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 150 | Wyposażone w składane tylne rączki transportowe  | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 151 | Wyposażone w składany podnóżek pod nogi pacjenta  | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 152 | Z możliwością złożenia do transportu w ambulansie | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 153 | Stabilizator głowy pacjenta | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 154 | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego. | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 155 | Wyposażone w min 2 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie, plus 1 kpl pasów zapasowych | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 156 | waga max 15 kg z systemem zjazdu po schodach  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 157 | dopuszczalne obciążenie min 225 kg (podać max. obciążenie) | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 158 | Gwarancja na krzesełko transportowe kardiologiczne min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 159 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 160 | W okresie gwarancji darmowe przeglądy okresowe krzesełka transportowego Kardiologicznego realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 161 | Serwis gwarancyjny krzesełka transportowego kardiologicznego realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 162 | **NOSZE PODBIERAKOWE****(Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy** **PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej. Załączyć do oferty, certyfikat zgodności** **z wymaganymi normami, instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry przy dostawie** **w języku polskim).** |  |   |  |  |  |  |
| 163 | **Producent/kraj** | **Tak/Podać** |   |  |  |  |  |
| 164 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 165 | **Rok produkcji: 2017- 2018** | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 166 | Rama noszy wykonana z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 167 | Łopaty wykonane z tworzywa sztucznego | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 168 | Nosze umożliwiają wykonanie pełnego zdjęcia RTG na poziomie diagnostycznym (głowy, miednicy – kręgosłupa) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 169 | Wielostopniowa regulacja długości noszy umożliwiająca ich dopasowanie do wymiaru pacjenta  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 170 | Wyposażone w min 3 szt. pasów zabezpieczających o regulowanej długości mocowane do ramy noszy | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 171 | Konstrukcja zamków spinających łopaty wykluczająca możliwość przypadkowego ich rozpięcia | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 172 | Minimum 10 ergonomicznych zdystansowanych od podłoża uchwytów do przenoszenia, umieszczonych na obwodzie noszy | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 173 | Możliwość złożenia ich w połowie długości celem łatwiejszego transportu | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 174 | Konstrukcja noszy umożliwiająca montaż systemu unieruchomienia głowy | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 175 | Obciążenie dopuszczalne min 159 kg  | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 176 | Waga noszy max 8 kg | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 177 | Szerokość noszy min 41 cm | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 178 | Gwarancja na nosze podbierakowe min. 24 m-ce | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 179 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (podać dane adresowe) | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 180 | W okresie gwarancji darmowe przeglądy okresowe noszy podbierakowych realizowane w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 181 | Serwis gwarancyjny noszy podbierakowych realizowany w siedzibie Zamawiającego | **Tak/podać** |   |  |  |  |  |
| 182 | **KAPNOMETR****(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).** |  |  |  |  |  |  |
| 183 | **Producent/kraj** | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 184 | **model / typ, załączyć folder** | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 185 | **Rok produkcji: 2017- 2018** | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 186 | Dakres pomiaru saturacji SpO2 20– 100% | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 187 | Dokładność ± 2 cyfry w zakresie 70 – 100% | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 188 | Zakres pomiaru częstości pulsu: 20– 300 ppm | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 189 | Dokładność ± 3% ± 1 cyfra  | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 190 | Zakres pomiaru CO2 : 0 – 75 mmHg | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 191 | Zakres pomiaru respiracji: 1 – 60 oddechów / min | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 192 | Próg detekcji oddechu: 5 mmHg | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 193 | Długości fal pomiarowych: 660 nm (czerwona) i 910 nm (podczerwona) | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 194 | Pamięć: 18 godzin | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| **l.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany Ambulans nr 1** | **Parametr oferowany Ambulans nr 2** | **Parametr oferowany Ambulans nr 3** | **Parametr oferowany Ambulans nr 4** | **Parametr oferowany Ambulans nr 5** |
| 195 | Temperatura pracy: od −20 do +50 °C , (pulsoksymetria) / od 0 do +50 °C (kapnometria) | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 196 | Wilgotność pracy: 10 – 90% bez kondensacji | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 197 | Zasilanie bateryjne | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 198 | czas pracy: 90 godzin monitorowania SpO2 i pulsu lub 20 godzin monitorowania SpO2, pulsu i CO2 | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |
| 199 | Waga: do 400 g (z kompletem baterii) | **Tak/podać** |  |  |  |  |  |

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.

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

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć

 osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy