**Załącznik nr 1 do SWZ - Formularz Szczegółowy Oferty**

oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.23.2022

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

WYMAGANIA GRANICZNE I WARUNKI TECHNICZNE SAMOCHODU BAZOWEGO, WYPOSAŻENIA MEDYCZNEGO I PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO

Pojazd kompletny, Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: …………………………………………….

Rok produkcji (2022 r.): ……………………………………..

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

Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny): Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ………………………………………………………………………………………………………..

Rok produkcji (2022 r.): ………………………………………………………..

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
|  | **Ambulansu medycznego typu C wraz z zabudową oraz sprzęt i wyposażenie medyczne dla ambulansu.**Oferowany ambulans spełnia warunki określone w ROZPORZĄDZENIU MINISTRA INFRASTRUKTURY z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz. 262 z p. zm.) oraz wymagania określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U.2010.209.1382). Sprzęt medyczny spełnia wymagania ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r., Nr 107, poz. 679 ze zm.). Oferowany ambulans wraz ze sprzętem medycznym spełnia wymagania norm PN EN 1789+A1:2011 (w zakresie ambulansu typu B i C) i PN EN 1865 - Pojazd fabrycznie nowy |
| **I.** | **POJAZD BAZOWY** |  |  |
| **1.** | **Nadwozie** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a. | Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony | TAK |  |
| b | Nadwozie samonośne, przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej + 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. Zabezpieczone antykorozyjnie  | TAK |  |
| c. |  Lampki LED do czytania po stronie pasażera i kierowcy. Wnęka nad przednią szybą wstandardzie 1 DIN przystosowana do montażu radioodtwarzacza. Półka podsufitowa nad głową kierowcy przystosowana do zamontowania radiotelefonu.  | TAK |  |
| d. | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 270 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł (podać kąt otwarcia drzwi) | TAK |  |
| e. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybąDrzwi boczne lewe nie przeszklone, przesuwane do tyłu Szyby okien zewnętrznych zmatowione do 2/3 wys lub oklejone folią matową. | TAK |  |
| f. | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny | TAK |  |
| g.  | Kolor nadwozia biały zgodnie z PN EN 1789 | TAK |  |
| h. | Kabina kierowcy dwuosobowa, oba fotele regulowane w min. 3-ch płaszczyznach, z regulacjami oparcia i podłokietnikamiKabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący z następującymi funkcjami:• sterowanie reflektorami zewnętrznymi,• Informacja o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230V,• poziom naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego,• stan naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego,• sterowanie sygnalizacją dodatkową Czujniki parkowania przednie i tylne z sygnalizacją wizualną i/lub dźwiękową  | TAK |  |
| i. | Fotele w kabinie kierowcy z fabrycznym systemem podgrzewania | TAK |  |
| **2.** | **Silnik i układ jezdny** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Turbodiesel o pojemności min. 2100 cm³ max 2500 cm3 | TAK |  |
| b | System AdBlue ze zbiornikiem o pojemności min. 20l | TAK |  |
| c | Skrzynia biegów manualna min. 6 przełożeń (podać ilość biegów) + bieg wsteczny | TAK |  |
| d | Napęd wałka rozrządu za pomocą łańcucha (nie dopuszcza się napędu za pomocą paska ze względu na dużą usterkowość) | TAK |  |
| e | Alternator min. 185 A | TAK |  |
| f | Napęd na koła przednie lub tylne | TAK |  |
| g | Fabryczny zbiornika paliwa o pojemności min. 80 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. Fabryczny tzn. montowany przez producenta samochodu bazowego. | TAK |  |
| h | System Start/Stop z możliwością wyłączenia | TAK |  |
| i | Norma emisji CO2 samochodu bazowego zgodna z obowiązującymi przepisami. | TAK |  |
| j | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania | TAK |  |
| k | Wspomaganie układu hamulcowego i kierownicy. Z regulowaną kolumną kierownicy w minimum jednej płaszczyźnie.  | TAK |  |
| l | Aktywny system wspomagania nagłego hamowania (system hamujący automatycznie w przypadku braku reakcji kierowcy na przeszkodę) | TAK |  |
| ł | System rozdziału siły hamowania  | TAK |  |
| m | Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę | TAK |  |
| n | Rozmiar felg min. 16 cali, opony letnie | TAK |  |
| o | Komplet opon zimowych wraz z felgami | TAK |  |
| **3.** | **Wyposażenie pojazdu bazowego** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | TAK |  |
| b | Centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem (możliwość otwierania pilotem i kluczykiem) | TAK |  |
| c | Autoalarm i immobilizer | TAK |  |
| d | Sygnalizacja niedomkniętych drzwi z wizualizacją na desce rozdzielczej | TAK |  |
| e | Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera | TAK |  |
| f | Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy | TAK |  |
| g | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne z wbudowanym kierunkowskazem | TAK |  |
| h | Radioodtwarzacz fabryczny z możliwością podłączenia telefonu bezprzewodowo (Bluetooth), MP3, AUX, obsługa radia i telefonu za pomocą przycisków w kolumnie kierownicy | TAK |  |
| i | Fabryczne reflektory przednie ze światłami dziennymi LED Fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego. | TAK |  |
| j | Światła przeciwmgielne przednie | TAK |  |
| k | Fabryczna klimatyzacja automatyczna kabiny kierowcy (typu Climatronic), z wyświetlaniem zadanej temperatury | TAK |  |
| l | Fabryczna kamera cofania z wyświetlaczem w kabinie kierowcy | TAK |  |
| ł | Fabryczne czujniki cofania z sygnalizacją dźwiękową i wizualizacją odległości na desce rozdzielczej  | TAK |  |
| m | System monitorowania martwego pola | TAK |  |
| n | Minimum dwa fabryczne gniazda (USB i 12V) w kabinie kierowcy | TAK |  |
| o | Regulowana kolumna kierownicy | TAK |  |
| p | Czujnik światła | TAK |  |
| r | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów | TAK |  |
| s | Drzwi przednie z min. jednym schowkiem | TAK |  |
| **II.** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY / POZOSTAŁE** |  |  |
| **1.** | **Przedział medyczny** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Długość przedziału medycznego min. 300 cm (podać długość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
| b | Szerokość przedziału medycznego min. 170 cm (podać szerokość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
| c | Wysokość przedziału medycznego min.180 cm (podać wysokość przedziału medycznego w cm) | TAK |  |
| d | Wzmocniona podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian oraz umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne | TAK |  |
| e | Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym, izolowane termicznie i akustycznie, zapobiegające skraplaniu się pary wodnej | TAK |  |
| f | Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przeźroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek | TAK |  |
| g | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | TAK |  |
| h | Zewnętrzny schowek (podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu)umożliwiający montaż dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami, krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym, deski ortopedycznej, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz dwóch kasków, miejsce na plecak, torby medyczneKonstrukcja schowka ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwację manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony od wewnątrz ambulansu i z zewnątrz.  | TAK |  |
| i | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami) | TAK |  |
| j | Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną | TAK |  |
| k | Miejsce do mocowania defibrylatora (uzgodnić z Zamawiającym) umożliwiające korzystanie w czasie jazdy. Miejsce do mocowania respiratora (uzgodnić z Zamawiającym) umożliwiające korzystanie w czasie jazdy. Uchwyt mocujący min. 2 pudełka na rękawiczki jednorazowe. (uzgodnić z Zamawiającym Miejsce i uchwyt do mocowania pompy infuzyjnej umożliwiające korzystanie w czasie jazdy. Przedział medyczny ma być wyposażony w panel sterujący (dotykowy lub z przełącznikami mechanicznymi)wyposażonym w następujące funkcje lub realizowane przez osobne urządzenia zamontowane w przedzialemedycznym:• sterowanie oświetleniem zewnętrznym i wewnętrznym,• sterowanie układem ogrzewania• sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,• ustawianie temperatury wewnątrz termoboxu oraz informującą o temperaturze wewnątrz termoboxu,• informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu,• z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) | TAK |  |
| l | Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:- działaniem reflektorów zewnętrznych- informujący o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V - informujący o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną- informujący i ostrzegający o poziomie naładowania akumulatorów- sterujący pracą sygnałów dźwiękowych pneumatycznych-Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego | TAK |  |
| ł | Przedział medyczny wyposażony w panel sterujący:- informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu- z funkcją zegara i kalendarza- informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu- sterujący oświetleniem i wentylacją przedziału medycznego - zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania wybranej temperatury-Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego | TAK |  |
| m | Fotel u wezgłowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym | TAK |  |
| n | Jedno obrotowe o kąt min. 90o miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, że składanym do pionu siedziskiem i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 | TAK |  |
| o | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu | TAK |  |
| p | Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem  | TAK |  |
| r | Ampularium zamontowane na zewnątrz szafek lub półek | TAK |  |
| **2.** | **Podstawa pod nosze** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga (o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu **(podać markę i model podstawy)**. Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związanej z brakiem zasilania.  | TAK |  |
| **3.** | **Instalacja elektryczna** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Dwa akumulatory, Pojemność pojedynczego akumulatora min. 180 Ah -jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek (podać pojemność akumulatorów)  | TAK |  |
| b | Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym. Układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju. | TAK |  |
| c | Gniazda zasilające 12V (min. 3) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 12V) | TAK |  |
| d | Gniazda zasilające 230V (min. 1) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 230V) | TAK |  |
| e | Przetwornica 12/230V min 1000W | TAK |  |
| f | Grzałka silnika 230V | TAK |  |
| **4.** | **Ogrzewanie i wentylacja** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 1,8 kW | TAK |  |
| b | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik | TAK |  |
| c | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania typu powietrznego o mocy min. 5,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie wnętrza pojazdu do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem silnika | TAK |  |
| d | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podać wydajność w m3/godzinę) | TAK |  |
| e | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego | TAK |  |
| **5.** | **Sygnalizacja uprzywilejowana** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | W przedniej części pojazdu belka świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do doświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlanym z napisem AMBULANS | TAK |  |
| b | W tylnej części pojazdu lampa świetlna typu LED koloru niebieskiego | TAK |  |
| c | Głośnik sygnalizacji świetlnej umieszczony w pasie przednim pojazdu | TAK |  |
| d | Możliwość włączania sygnalizacji świetlnej za pomocą jednego przycisku w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| e | Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej (podać markę i model) z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów | TAK |  |
| f | Cztery niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego | TAK |  |
| **6.** | **Oświetlenie** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu | TAK |  |
| b | Oświetlenie zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu (tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy min. 100W, sygnał dźwiękowy modulowany – zmiana modulacji klaksonem, możliwość podawania komunikatów głosowych. Dodatkowe sygnały niskotonowe o mocy min 80 W posiadające certyfikat/ homologację zgodności z REG 65 lub alternatywną dyrektywą EKG ONZ lub równoważną.Uwaga: Parametr punktowany (niewymagany) - dodatkowe sygnały pneumatyczne o modulacjidwutonowej zabezpieczone przed uszkodzeniem np. przez konary drzew itp.  | TAK |  |
| c | Dodatkowe lampy obrysowe z kierunkowskazami zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia | TAK |  |
| d | Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego | TAK |  |
| e | Oświetlenie punktowe (regulowane punkty świetlne LED nad noszami w suficie) | TAK |  |
| f | Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego  | TAK |  |
| g | Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nad blatem roboczym | TAK |  |
| h | Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem | TAK |  |
| i | Lampka typu kokpit zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera | TAK |  |
| **7.** | **Oklejenie i oznakowanie** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikropryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim | TAK |  |
| b | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu | TAK |  |
| c | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego „P” lub „S” po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych - zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – **do ustalenia po podpisaniu umowy.** | TAK |  |
| d | Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu | TAK |  |
| e | Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą | TAK |  |
| f | W przypadku potrzeby oznakowania Ambulansu hasłem projektu wykonawca wykona oznakowanie Ambulansu -**do ustalenia po podpisaniu umowy.** | TAK |  |
| **8.** | **Instalacja tlenowa** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | dwie butle tlenowe 10 l w schowku zewnętrznym z reduktorami | TAK |  |
| b | Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej | TAK |  |
| c | Punkt poboru na suficie typu AGA z wtykiem do podłączeń zewnętrznych | TAK |  |
| d | Uchwyt małych butli tlenowych w zabudowie medycznej z reduktorem i systemem montowania | TAK |  |
| **9.**  | **Łączność radiowa** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Nadajnik-odbiornik radiowy zainstalowany w pojeździe.Przenośny nadajnik-odbiornik radiowy. Zapewniające komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi oraz pozostałymi zespołami ratownictwa medycznymi w tym z zespołami lotniczymi. | TAK |  |
| b | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu | TAK |  |
| c | **RADIOTELEFON**Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonuRadiotelefon analogowo-cyfrowy w wykonaniu przewoźnymSposób montażu:Radiotelefon powinien być zainstalowany w sposób stabilny, niezagrażający bezpieczeństwu pasażerów, uniemożliwiający samoistne obluzowanie w czasie jazdy. Kable połączeniowe powinny być łatwo dostępne w przypadku prac serwisowych, jednocześnie zamontowane w sposób niewidoczny dla użytkownika. | TAK |  |
| **10.** | **Sprzęt medyczny - mocowania** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznego wykonane z blachy, regulowane | TAK |  |
| b | Wszystkie montowane urządzenia medyczne, zainstalowane w sposób zapewniający bezpieczeństwo, użytkowników i pacjenta, jednocześnie umożliwiający korzystanie z nich bez konieczności demontażu | TAK |  |
| **11.** |  **Dodatkowe wyposażenie Ambulansu** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| a | Dodatkowa gaśnica zamontowana w przedziale medycznym | TAK |  |
| b | Urządzenie do wybijania szyb zintegrowane z nożem do przecinania pasów bezpieczeństwa zamontowane w przedziale medycznym | TAK |  |
| c | Przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Kąt obrotu stopnia min. 90°. Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego lub inne rozwiązanie umożliwiające swobodne wchodzenie do przedziału medycznego. | TAK |  |
| **III.** | **Sprzęt i wyposażenie medyczne** |  |  |
| 1. | Nazwa: **Nosze główne**  | Podać (marka, model ) |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę towaru, zainstalowanie. | TAK |  |
| **Opis asortymentu** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| 1.1 | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | TAK |  |
| 1.2 | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | TAK |  |
| 1.3 | z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 85 stopni; | TAK |  |
| 1.4 | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | TAK |  |
| 1.5 | nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;  | TAK |  |
| 1.6 | z poręczami bocznymi składanymi wzdłuż osi długiej noszy | TAK |  |
| 1.7 | Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy.  | TAK |  |
| 1.8 | z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; | TAK |  |
| 1.9 | nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; | TAK |  |
| 1.10 | z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | TAK |  |
| 1.11 | wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy | TAK |  |
| 1.12 | obciążenie dopuszczalne noszy min. 250 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | TAK |  |
| 1.13 | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); | TAK |  |
| 1.14 | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | TAK |  |
| 1.15 | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | TAK |  |
| **2.** | Nazwa: **Transporter noszy głównych** | Podać (marka, model ) |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę towaru, zainstalowanie | TAK |  |
| **Opis asortymentu** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| 2.1 | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami , umożliwiający wprowadzenie noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy  | TAK |  |
| 2.2 | regulację wysokości w min sześciu poziomach | TAK |  |
| 2.3 | możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | TAK |  |
| 2.4 | wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150mm, wszystkie koła jezdne skrętne w zakresie 360 stopni umożliwiające jazdę na wprost oraz prowadzenie bokiem z możliwością automatycznej blokady kierunku do jazdy wprost ; wszystkie kółka jezdne umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach). Podać średnicę kółek w mm) | TAK |  |
| 2.5 | min. 2 kółka tylne wyposażone w hamulce | TAK |  |
| 2.6 | obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg | TAK |  |
| 2.7 | transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z jego obsługą  | TAK |  |
| 2.8 | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie go środkami antykorozyjnymi  | TAK |  |
| 2.9 | waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg) | TAK |  |
| **3.** | Nazwa: **Defibrylator karetkowy** | Podać (marka, model ) |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę, zainstalowanie, pierwsze uruchomienie oraz szkolenia personelu | TAK |  |
| **Opis asortymentu** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| 3.1 | Przenośny, z wbudowanym uchwytem transportowym, z uchwytem na ramę łóżka, stosowany przez zespoły ratownictwa medycznego, nowy, nieużywany, niepowystawowy. Opisy na urządzeniu, menu oraz komunikacja z użytkownikiem w języku polskim.  | TAK |  |
| 3.2 | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji (tryb manualny oraz AED) | TAK |  |
| 3.3 | Odporny na drgania, upadek z wys. min. 70 cm, wstrząsy, kurz i zalanie wodą - min. klasa IP44.Temperatura pracy min. od 0 do +40ºC.Masa defibrylatora wyposażonego w łyżki do defibrylacji zewnętrznej,akumulator, rejestrator max. 6,5 kg. | TAK |  |
| 3.4 | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V (Zintegrowany zasilacz)Zasilanie defibrylatora i ładowanie akumulatora/ów z instalacji karetkowej 12VDC, jako integralna część aparatu lub dodatkowy moduł, uchwyt ścienny z podłączeniem zasilania ( opcja dostępna w ciągu 30 dni ) | TAK |  |
| 3.5 | Akumulator/y litowo-jonowe, wymienne ze zminimalizowanym efektem pamięci, nie dopuszcza się akumulatorów Ni-Cd, z możliwością wymiany bez dodatkowych narzędzi. | TAK |  |
| 3.6 | Możliwość ciągłego zasilania aparatu i ładowania akumulatora/ów z instalacji ambulansu.Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V (zintegrowany zasilacz) | TAK |  |
| 3.7 | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodnie z aktualnymi wytycznymi PRC/ERC/AHA Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych. Energia defibrylacji w trybie AED dla dzieci i dorosłych w zakresie min. od 10 do 360 J. W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J. | TAK |  |
| 3.8 | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych.Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii. Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta. | TAK |  |
| 3.9 | Ładowanie akumulatora od 0 do 100% pojemności w czasie poniżej 4 godzin. Akumulator/y z możliwością doładowywania w aparacie bez konieczności pełnego rozładowywania.  | TAK |  |
| 3.10 | Czas monitorowania ekg z zasilania akumulatorowego ( na 1 akumulatorze) min. 6 godzin, lub min.300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach. | TAK |  |
| 3.11 | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej, wbudowana drukarka/rejestrator termiczny,Papier do drukarki o szer. min. 50 mm. | TAK |  |
| 3.12 | Defibrylacja dwufazowa. Defibrylacja ręczna w zakresie min. 1J do min. 360 J; podać dostępne poziomy energii oraz zalecany algorytm defibrylacji dla dorosłych i dzieci. Min. 20 dostępnych poziomów energii przy defibrylacji zewnętrznej/ kardiowersji. | TAK |  |
| 3.13 | Możliwość wykonania kardiowersji. Synchronizacja z zapisem EKG z łyżek, elektrod, kabla EKG, znacznik synchronizacji widoczny nad załamkiem R elektrokardiogramu. | TAK |  |
| 3.14 | Defibrylacja synchroniczna: maksymalny czas od chwili wykrycia fali R do chwili wyładowania impulsu defibrylacyjnego do 25 ms. | TAK |  |
| 3.15 | Możliwość wykonania defibrylacji tylko przy zasilaniu z sieci elektrycznej (np. przy uszkodzonym akumulatorze). | TAK |  |
| 3.16 | Defibrylacja manualna i półautomatyczna, możliwość defibrylacji z łyżek zewnętrznych i elektrod samoprzylepnych w kpl. kabel do elektrod i min.1 kpl elektrod  | TAK |  |
| 3.17 | Czas ładowania do energii 200J max 3 sekundy, gotowość sygnalizowana sygnałem akustycznym i optycznym. | TAK |  |
| 3.18 | Pełna obsługa defibrylacji ( wybór energii, ładowanie, wyładowanie, wydruk ekg) z łyżek zewnętrznych i za pomocą elementów regulacyjnych na płycie czołowej. | TAK |  |
| 3.19 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci, łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci zintegrowane. | TAK |  |
| 3.20 | Programowanie automatycznie, codziennie wykonywanego testu bez włączenia defibrylatora przy zamontowanym akumulatorze, łyżkach i podłączeniu do sieci (pełny test). Możliwość ustawienia godziny wykonania testu. Wydruk testu potwierdzającego jego wykonanie. Na wydruku: data/godzina, numer seryjny aparatu, wynik testu. Dostępne archiwum przeprowadzonych testów z możliwością ponownego wydruku. | TAK |  |
| 3.21 | Ekran monitora kolorowy LCD typu TFT lub równoważny zapewniający dobrą widoczność pod różnym kątem w warunkach silnego oświetlenia, o wysokim kontraście, przekątna ekranu min. 6,5’. | TAK |  |
| 3.22 | Możliwość wyświetlania min. 3 krzywych dynamicznych jednocześnie, możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych. | TAK |  |
| 3.23 | Wzmocnienie zapisu ekg regulowane w zakresie min. 0,125 do 4,0 cm/mV, | TAK |  |
| 3.24 | Stymulacja przezskórna ( zewnętrzna ) z trybem pracy sztywnym i na żądanie, w komplecie kabel i elektrody do stymulacji zewnętrznej. Zakres regulacji prądu stymulacji min. 1-200 mA.Stymulacja przezskórna, zakres regulacji częstości impulsów min. 30-210 impulsów/min. | TAK |  |
| 3.25 | Analiza arytmii - algorytm uwzględniający wiek pacjenta.Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min.Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5;x1;x2;x4; auto.Wybór odprowadzeń z: elektrod ekg, łyżek defibrylacyjnych, jednorazowych elektrod do defibrylacji/stymulacji. Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora – CF. | TAK |  |
| 3.26 | Pomiar respiracji metodą impedancyjną.Zakres pomiaru od min. 0-200 odd./min. z rozdzielczością 1 odd./min. | TAK |  |
| 3.27 | Czas alarmu bezdechu od min. 10-40 sek. | TAK |  |
| 3.28 | Wyświetlana krzywa respiracji na ekranie defibrylatora z możliwością wyłączenia. | TAK |  |
| 3.29 | Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń. | TAK |  |
| 3.30 | Bezpłatna , bez konieczności kupowania licencji czy tez dostępów do serwera transmisja 12-odprowadzeniowego zapisu EKG do szpitalnych systemów odbiorczych w systemie WiFi 802.11 a/b/g/n ( 2,4 i 5 GB) oraz bluetooth o funkcjonalności opisanej poniżej : | TAK |  |
| 3.31 | Możliwość rozbudowy o czujnik RKO – czujnik monitorowania uciśnięć z wyświetlaniem parametrów jakości RKO, w tym krzywej głębokości uciśnięć na ekranie urządzenia. | TAK |  |
| 3.32 | Złącze - wejście synchronizujące sygnał ekg z zewnętrznego kardiomonitora dowolnego producenta | TAK |  |
| 3.33 | Pomiar SpO2 w technologii Masimo SET odpornej na zakłócenia lub równoważnej, zakres pomiaru SpO2: min. 1-100%, z rozdzielczością 1%. Zakres pomiaru pulsu min. 20- 300 uderzeń/min. Z rozdzielczością 1 uderzeń/min., w komplecie czujnik wielorazowy typu klips  | TAK |  |
| 3.34 | Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie urządzenia.Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych. | TAK |  |
| 3.35 | Kompletne wyposażenie z opakowaniem transportowym zabezpieczającym aparat przed uszkodzeniem. | TAK |  |
| 3.36 | Torba na akcesoria i uchwyt pozwalający na montaż i transport aparatu w karetce (uchwyt zgodny z normą PN EN 1789, załączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789). | TAK |  |
| 3.37 | Pamięć wewnętrzna: ciągły, 24-godzinny zapis EKG, min.100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy.Eksport zarchiwizowanych danych za pomocą pamięci zewnętrznej USB. | TAK |  |
| 3.38 | Łączność przewodowa (LAN) z centralą CMS.Obsługa: - standardu HL7- protokołów: TCP/IP (IPv4 i IPv6)- adresowania IP: dynamicznie i statycznie- serwerów DNS- ochrony danychPrzesyłane dane do CMS:1. Informacje o pacjencie
2. Informacje o urządzeniu
3. Informacje o konfiguracji
4. Krzywe
5. Parametry monitorowania
6. Alarmy i komunikaty z podpowiedziami
7. Data i godzina
8. Tryb pracy
9. Raportu EKG
10. Podsumowana testów użytkownika
 | TAK |  |
| 3.39 | Zgodności aparatu z wszystkimi wymogami normy PN EN 1789 – załączyć potwierdzenie przeprowadzenia badań na zgodność z normą PN EN 1789. | TAK |  |
| 3.40 | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi metodą oscylometryczną (NIBP). | TAK |  |
| 3.41 | Wyświetlane wartości ciśnień: skurczowe, rozkurczowe oraz średnie.Tryby pracy: ręczny, auto, ciągły (STAT)Zakres pomiaru od 10-290 mmHg, pomiar ręczny i automatyczny z rozdzielczością 1 mmHg | TAK |  |
| 3.42 | Pomiar w trybie auto w zakresie od min. 1 do 480 min. | TAK |  |
| **4.** | Nazwa: **Krzesełko transportowe z systemem płozowym** | Podać (marka, model ) |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę towaru, zainstalowanie | TAK |  |
| **Opis asortymentu** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oferowane***(podać zakres lub opisać)* |
| 4.1 | składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu. Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach.  | TAK |  |
| 4.2 | Demontowane, sztywne wykonane z aluminium siedzisko z dodatkowym miękkim pokryciem z materiału winylowego, łatwo zmywalnego, odporne na wodę, umożliwiającego dezynfekcję siedziska | TAK |  |
| 4.3 | oparcie wykonane z miękkiego materiału winylowego umożliwiającego mycie i dezynfekcję, wysokość górnej ramy oparcia w rozłożonym krzesełku mierzona od podłogi – min. 100 cm, max. 110 cm | TAK |  |
| 4.4 | dwa tylne gumowe kółka główne o dużej średnicy 20 cm ( ±10%) umożliwiające wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym wyboistym podłożu nieposiadające wspólnej osi, (dopuszcza się dodatkową parę kółek przednich) | TAK |  |
| 4.5 | wyposażone w min. 2 pasy bezpieczeństwa umożliwiające szybkie rozpięcie | TAK |  |
| 4.6 | wszystkie miejsca uchwytów zabezpieczone antypoślizgowo – gumowane. | TAK |  |
| 4.7 | rama krzesełka wykonana z aluminium anodyzowane o odpornym na przeciążenia przekroju prostokątnym | TAK |  |
| 4.8 | rączki do znoszenia pacjenta po schodach: przednie - wbudowane na ergonomicznej wysokości z regulacją długości, tylne - uchylne z możliwością złożenia wzdłuż ramy oparcia | TAK |  |
| 4.9 | dopuszczalne obciążenie min. 150 kg | TAK |  |
| 4.10 | miejsce przewożenia krzesełka – zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi | TAK |  |
| 4.11 | deklaracja zgodności z PN-EN 1865 lub normą równoważną | TAK |  |
| **5.** | Nazwa: **Deska ortopedyczna** | Podać (marka, model ) |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę towaru | TAK |  |
|  | **Opis asortymentu:**Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalna. Przepuszczalna dla promieni X, MRI, CT. Mocowanie pasów 7 na stronę. Odległość uchwytów od podłoża 3,5 cm,zwężenie końca. Uchwyty transportowe umożliwiają wygodny i bezpieczny uchwyt w rękawicach. Kompatybilna z większością stabilizatorów głowy. |  |  |
| **6.** | **Płachta/materac do przenoszenia** | TAK |  |
| **7.** | Nazwa: **Materac próżniowy** | Podać (marka, model ) |  |
| Producent | Podać |  |
| Kraj pochodzenia | Podać |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
| Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę towaru | TAK |  |
|  | **Opis asortymentu:**Materac próżniowy służący do szybkiego unieruchamiania poszkodowanego w pożądanej pozycji. Wyposażony w 4 pasy zabezpieczające, umożliwiające bezpieczny transport poszkodowanego. Wykonany z płótna o właściwościach zmywalnych, łatwego do dezynfekcji, nie absorbującego wydzielin, płynów, krwi i brudu.Parametry techniczne:* Wymiary materaca rozłożonego min. dł./szer.: 2000 x 800 mm
* Wymiary materaca złożonego w torbie min. dł./szer./wys.: 710 x 700 x 270 mm
* Waga: min. 7 kg
* Kolor: czerwony/khaki
* Przenikalny dla promieni X

Skład zestawu materaca podciśnieniowego:* Materac próżniowy
* Pompka umożliwiająca odsysanie i wtłaczanie powietrza do materaca
* Torba na zestaw
 |  |  |
| **8.** | Nazwa: **Torba medyczna** | Podać (marka, model ) |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji nie starszy niż 2022, fabrycznie nowe | TAK/Podać |  |
|  | Realizacja przedmiotu umowy obejmuje: dostawę towaru | TAK |  |
|  | **Opis asortymentu:**Torba medyczna w środku 2 regulowane przegrody oraz półka na rzepy w celu łatwego dostępu do wybranych materiałów opatrunkowych.W komorze głównej miejsce na butlę tlenową zabezpieczoną bardzo mocnymi rzepami.W kieszeni przedniej siatka z ekspresem, miejsce na kompresy gazowe lub inny sprzęt medyczny, dodatkowo taśma pozwalająca uporządkować bandaże.Kieszeń boczne. Całość torby zabezpieczona bardzo grubą pianką. Torba wyposażona w uchwyty do przenoszenia na plecach, na ramieniu oraz do trzymania w dłoni. Oznakowana krzyżem św. Andrzeja.Torba z elementami odblaskowymi zwiększającymi Twoją widoczność. Torba wykonana z mocnego, wodoodpornego materiału, nici rdzeniowe (bardzo mocne, odporne na rozdarcia i rozerwania), rzep wysokiej jakości.Wymiary: min. 37 x 52 x 30 cm |  |  |
| **IV.** | **DODATKOWE WYMAGANIA** |  |  |
| 1 | Komplet dokumentów do rejestracji pojazdu jako specjalnego sanitarnego wraz z dostawą przedmiotu zamówienia | TAK |  |
| 2 | Gwarancja na wyposażenie i sprzęt medyczny – min. 24 miesiące (podać) | TAK |  |
| 3 | Gwarancja na lakier – min. 36 miesięcy (podać) | TAK |  |
| 4 | Gwarancja na perforację nadwozia – min. 96 miesiące (podać) | TAK |  |
| 5 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny samochodu w każdej ASO danej marki na terenie województwa Podlaskiego .Wykaz autoryzowanych serwisów pojazdu bazowego. | TAK |  |
| 6 |  Świadectwo homologacji typu WE pojazdu skompletowanego i kompletnego (samochodu ciężarowego), zgodną z Rozporządzeniem Ministra Transportu, Budownictwa, i Gospodarki Morskiej z dn. 25 marca 2013 r. w sprawie homologacji typu pojazdów samochodowych i przyczep oraz ich przedmiotów wyposażenia lub części oraz Dyrektywą 2007/46/WE. Numer świadectwa homologacji typu WE pojazdu skompletowanego. Numery homologacji pojazdu kompletnego i skompletowanego muszą zgodnie z Dyrektywą 2007/46/WE załącznik VII, składać się z 4 sekcji informujących o:- państwie członkowskim wydającym homologację- numerze ostatniej dyrektywy lub rozporządzenia zmieniającego, włącznie z aktami wykonawczymi stosowanymi do danej homologacji- dwucyfrowym numerze porządkowym określającym rozszerzenie. | TAK |  |
| **V.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  |  |
|  |  Kosz na śmieci w przedziale medycznym. System serwisowy pojazdu bazowego informujący o konieczności dokonania przeglądu.2 trójkąty ostrzegawcze Latarka bezprzewodowa, akumulatorowa (12V).Komplet kluczy naprawczychPodnośnik samochodowyKlucz do kółPojazd na kołach z felgami stalowymi o średnicy min. 16 cali. Koło zapasowe pełnowymiarowe Wykonawca dostarczy Zamawiającemu jako wyposażenie dodatkowe.Pojazd ma być wyposażony w miernik zużycia paliwa z następującymi funkcjami:- średnie zużycie paliwa- zużycie chwilowe paliwa- ogólne zużycie paliwa- długość trasy- czas jazdy- średnia prędkość.  | TAK |  |
| **VI.** | Zamawiający bezwzględnie wymaga, aby każdy z zamówionego sprzętu medycznego tj. nosze, transporter, krzesełko z systemem płozowym, defibrylator – posiadały paszport techniczny z przeprowadzonym przeglądem dopuszczającym dane urządzenie do użytkowania, z wpisem do paszportu o treści: sprawdzono, sprzęt sprawny dopuszczony do eksploatacji, wpis daty wykonania przeglądu. | TAK |  |

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego (określonego w kolumnie „Parametry wymagane” jako „TAK”) skutkować będzie odrzuceniem oferty jako niezgodnej z treścią SWZ.*

1. ***FORMULARZ CENOWY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer pozycji** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto** |
| **1** | Ambulans typu C wraz z wyposażeniem | 1  |  | 0,00 zł |   | 0,00 zł | 0,00 zł |

Wartość netto: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto: .................................... zł Słownie: ................................................................................