

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH  
WRAZ PARAMETRAMI PUNKTOWANYMI  
PAKIET NR 1**

**Dostawa karetki sanitarnej typu „B” wraz z wyposażeniem medycznym (karetka S) – 1 sztuka  
(CPV: 34114121-3, 33192160-1, 33100000-1)**

**Pojazd kompletny:**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: .....

Rok produkcji pojazdu nie wcześniej niż 2023r., fabrycznie nowy (podać): .....

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

Numer i data wydania świadectwa homologacji (podać): .....

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny):**

Marka/typ/Oznaczenie handlowe: .....

Rok produkcji pojazdu nie wcześniej niż 2023r., fabrycznie nowy (podać): .....

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

Numer i data wydania świadectwa homologacji (podać): .....

LP.	Wymagane parametry (warunki dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej)	Warunek graniczny i parametr punktowany	Potwierdzenie spełnienia wymagań dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej. Podać TAK/NIE i opisać oferowany parametr.
I.	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>		
1.	Zaoferowana karetka musi spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia.	TAK	
2.	Zaoferowana karetka musi spełniać wymagania norm PN-EN 1789:2021-02 i PN EN 1865 lub równoważne.	TAK	

3.	Dopuszczalna masa całkowita karetki (DMC) do 3,5 tony	TAK (podać)	
4.	Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej.	TAK	
5.	Komponenty przedziału medycznego, sprzęt medyczny oraz wyposażenie karetki fabrycznie nowe nierekondycjonowane, nie powystawowe, nieużywane i nie będące przedmiotem prezentacji, po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).	TAK	
6.	Ściany i sufity wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym lub szarym obejmującym całe powierzchnie łącznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia. <b>PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY</b>	TAK/NIE (podać) <b>TAK – 5 pkt</b> <b>NIE – 0 pkt</b>	
7.	Data produkcji samochodu oraz wszelkich dostarczonych w zakresie przedmiotu zamówienia komponentów: nie wcześniej niż 2023r.	TAK (podać)	
<b>II.</b>	<b>NADWOZIE</b>		-
1.	Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca ergonomiczne miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy i pasażera z podłokietnikami, z pełną regulacją; regulacja wzdłużna, regulacja oparcia. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do tabletu Twinhead Durabook R-11 z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kabiny kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z panelu sterującego umieszczonego w środkowej części kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera. Zamawiający nie dopuszcza jakichkolwiek innych niż fabryczne perforacji elementów w kabinie kierowcy.	TAK	
2.	W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni)	TAK	
3.	Nadwozie pojazdu częściowo przeszklone. Wszystkie szyby muszą być termoizolacyjne z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą.	TAK	
4.	Pojazd typu furgon, lakier w kolorze białym lub żółtym.	TAK (podać)	
5.	Nadwozie przystosowane do przewozu minimum 3 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. Dwa fotele w kabinie kierowcy oraz dwa w przedziale medycznym.	TAK (podać)	
6.	Wysokość przedziału medycznego – minimum 1,80 – 1,85 m ±5cm.	TAK (podać)	
7.	Długość przedziału medycznego – minimum 3,00 m. <b>PARAMETR PUNKTOWANY</b>	TAK (podać) <b>3,00 m – 0 pkt</b> <b>od 3,01 m do 3,19 pkt – 2 pkt</b> <b>3,20 i powyżej – 5 pkt</b>	
8.	Szerokość przedziału medycznego – minimum 1,70 m.	TAK (podać)	

9.	Drzwi tylne dwuskrzydłowe, przeszklone, otwierane na boki do kąta minimum 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi.	TAK (podać)	
10.	Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane do tyłu, z otwieraną szybą.	TAK	
11.	Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby.	TAK	
12.	Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy.	TAK	
13.	Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą.	TAK	
14.	Przeście między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym	TAK	
15.	Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmującym wszystkie drzwi pojazdu (sterowanie pilotem).	TAK	
16.	Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwany wyposażony w: - mocowanie dla 2 szt. butli tlenowych 10l, - mocowanie krzesła kardiologicznego z systemem płozowym, - mocowanie noszy podbierakowych, - mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych, - mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego., - miejsce dla pasów do desek, krzesła i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę	TAK	
17.	Poduszka powietrzna przednia dla kierowcy i pasażera, dwie boczne poduszki powietrzne oraz kurtyny powietrzne, chroniące głowę dla kierowcy i pasażera.	TAK	
18.	Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową .	TAK	
19.	Stopień wejściowy boczny do przedziału medycznego, wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową	TAK	
20.	Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy.	TAK	
21.	Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane oraz elektrycznie składane.	TAK	
22.	Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność karetki w warunkach ograniczonej widoczności.	TAK	
23.	Przednie światła pojazdu bazowego (dzienne, mijania, drogowe).	TAK	
24.	Przednie reflektory przeciwmgielne.	TAK	
25.	Zbiornik paliwa o pojemności minimum 75 litrów.	TAK (podać)	
26.	Zestaw naprawczy do uszkodzonych opon.	TAK	
27.	Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostania się do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe.	TAK	
28.	Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i w przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym z panelu sterującego.	TAK	
29.	Wskaźnik systemu kontroli ciśnienia w oponach (TPMS)	TAK	
30.	Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro switch (które będą podlegały dezynfekcji) i kolorowy wyświetlacz. Panel	TAK	

	<p>umieszczony w centralnej środkowej części kokpitu kierowcy, sterujący następującymi funkcjami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze);</li> <li>- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika;</li> <li>- sterowaniem układem klimatyzacji;</li> <li>-sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów;</li> <li>- sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową niskotonową;</li> <li>-sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym;</li> <li>-funkcja SERWIS, powiadamiająca o zbliżającym się terminie przeglądu zabudowy;</li> <li>- możliwość załączania przetwornicy prądu 12/230V;</li> <li>- możliwość załączania intercomu;</li> <li>-dwustopniowe podświetlanie przycisków I stopień dla funkcji niezłączonej, II stopień dla funkcji załączonej;</li> <li>- miernik zużycia paliwa dla ogrzewania niezależnego od pracy silnika;</li> <li>- graficzne monitorowanie pracy powietrznego ogrzewania przedziału medycznego niezależnego od pracy silnika;</li> <li>- sygnalizacja graficzna wysuniętego stopnia wejściowego.</li> </ul> <p><b>ZAMAWIAJĄCY NIE DOPUSZCZA PANELU Z EKRANEM DOTYKOWYM</b></p>		
31.	Kamera biegu wstecznego z obrazem wyświetlanym w lusterku wstecznym lub dodatkowym monitorze zamontowanym na desce rozdzielczej	TAK	
32.	Instalacja elektryczna przedziału medycznego podłączona poprzez dedykowany moduł pojazdu bazowego typu PSM, KFG, itp. (technologia CAN bus)	TAK (podać)	
<b>III.</b>	<b>SILNIK</b>		-
1.	Silnik wysokoprężny z zapłonem samoczynnym, z bezpośrednim wtryskiem paliwa typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim.	TAK	
2.	Silnik o pojemności - minimum 1900 cm <sup>3</sup> .	TAK (podać)	
3.	Silnik o mocy - minimum 170 KM. <b>PARAMETR PUNKTOWANY</b>	<b>170 KM – 0 pkt</b> <b>171-179 KM – 5 pkt</b> TAK (podać)	
4.	Moment obrotowy - minimum 360 Nm <b>PARAMETR PUNKTOWANY</b>	<b>360 Nm - 0 pkt</b> <b>361 – 439 Nm – 5 pkt</b> TAK (podać)	
5.	Norma emisji spalin – aktualnie obowiązująca w Europie dla fabrycznie nowych samochodów wyprodukowanych w roku 2022 -2023 (EURO VI lub EURO 6)	TAK (podać)	

<b>IV.</b>	<b>ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU</b>		
1.	Skrzynia biegów manualna synchronizowana .	TAK (podać)	
2.	Minimum 6 biegów do przodu i bieg wsteczny.	TAK (podać)	
3.	Napęd na koła przednie lub tylne.	TAK (podać)	
<b>V.</b>	<b>UKŁAD HAMULCOWY I SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA</b>		
1.	Układ hamulcowy ze wspomaganiem i wskaźnikiem zużycia klocków hamulcowych.	TAK	
2.	Układ hamulcowy z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania – ABS lub równoważny.	TAK (podać)	
3.	Elektroniczny korektor siły hamowania EBV.	TAK	
4.	Układ hamulcowy z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania.	TAK	
5.	Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie i tylne wentylowane.	TAK	
6.	System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu.	TAK	
7.	System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR.	TAK (podać)	
8.	System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny . <b>PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY</b>	TAK/NIE (podać) <b>TAK – 5 pkt</b> <b>NIE – 0 pkt</b>	
9.	System wspomagania ruszania pod górę.	TAK	
<b>VI.</b>	<b>ZAWIESZENIE</b>		
1.	Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.	TAK	
2.	Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta.	TAK	
<b>VII.</b>	<b>UKŁAD KIEROWNICZY</b>		
1.	Układ kierowniczy ze wspomaganiem.	TAK	
2.	Kolumna kierownicy regulowana w 2 płaszczyznach niezależnie tzn. góra-dół i przód – tył.	TAK	
<b>VIII.</b>	<b>OGRZEWANIE I WENTYLACJA</b>		
1.	Grzałka elektryczna w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V.	TAK	
2.	Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, minimalna moc grzewcza 2000 W.	TAK (podać)	
3.	Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna.	TAK	
4.	Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy minimum 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego.	TAK (podać)	

5.	Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale kierowcy klimatyzacja sterowana półautomatycznie lub automatycznie. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemu chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego	TAK (podać rozwiązanie)	
6.	Dodatkowa nagrzewnica wodna o mocy min. 6 kW.	TAK	
<b>IX.</b>	<b>INSTALACJA ELEKTRYCZNA</b>		
1.	Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności minimum 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu.	TAK (podać)	
2.	Akumulator zasilający przedział medyczny z przełącznikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przełącznik wysokoprądowy o min. prądzie przewodzenia 250A	TAK (podać)	
3.	Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 180 A.	TAK (podać)	
4.	Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich.	TAK	
5.	Atestowana przetwornica prądu stałego 12V na zmienny 230V/50Hz o mocy ciągłej min. 1000VA (czysta sinusoida). W przedziale medycznym 2 oddzielne gniazda 230V zasilane z tej przetwornicy do obsługi sprzętu medycznego i drukarki systemu wspomagających zasilania 230 V w czasie jazdy, z możliwością wyłączenia napięcia.	TAK (podać)	
6.	Instalacja elektryczna 230V: a) zasilanie zewnętrzne 230V, b) minimum 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym, c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym, d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe, e) przewód zasilający zewnętrzny - długość minimum 10m.	TAK (podać)	
7.	Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu karetki do sieci 230V.	TAK	
8.	Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym: a) minimum 4 gniazda 12V w przedziale medycznym typu Lexel (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych, b) gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki	TAK (podać)	
9.	Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V	TAK	
<b>X.</b>	<b>SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE</b>		
	Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami w technologii	TAK	

1.	LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość podawania komunikatów głosowych.		
2.	Sygnalizacja uprzywilejowana umieszczona w tylnej części dachu pojazdu z modułami LED koloru niebieskiego, dodatkowe światła w technologii LED (robocze) do oświetlania przedpoła za karetką oraz światła kierunkowskazów.	TAK	
3.	Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-światłowej realizowane z manipulatora mieszczącego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy.	TAK	
4.	Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180, 260 stopni.	TAK	
5.	Dodatkowe sygnały pneumatyczne.	TAK	
6.	Dwie lampy w technologii LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego.	TAK	
7.	Min po dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu, do oświetlenia miejsca akcji, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.	TAK	
8.	Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 03.01.2023 r.: 1) napisem lustrzanym „AMBULANS” barwy czerwonej o wysokości liter co najmniej 22cm, umieszczonym z przodu pojazdu; dopuszczalne jest umieszczenie napisu „AMBULANS” barwy czerwonej o wysokości liter co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu, 2) po bokach literą barwy czerwonej: a/ „P” – w przypadku podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, b/ „S” w przypadku specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego - umieszczoną w okręgu o średnicy co najmniej 40cm; grubość linii okręgu i liter wynosi 4cm, 3) trzema pasami odblaskowymi a/ pasem typu 3 – barwy czerwonej, o szerokości co najmniej 15cm, umieszczonym wokół dachu, b/ pasem typu 3 – barwy niebieskiej, umieszczonym bezpośrednio nad pasem, o którym mowa w lit c, c/ pasem typu 3 – barwy czerwonej o szerokości co najmniej 15cm, umieszczonym między linią okien a nadkolami, 4) logotypem zawierającym nazwę dysponenta jednostki lub nazwę dysponenta jednostki, umieszczonym po bokach pojazdu w dolnej części drzwi kierowcy i pasażera lub na tylnych drzwiach w dolnej części,	TAK	
<b>XI.</b>	<b>OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b>		
1.	Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi niż poniżej: a/ światło rozproszone w technologii LED umieszczone po obu stronach w górnej części przedziału medycznego minimum 6 lamp sufitowych, z funkcją ich przyciągania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne)	TAK (podać)	
	b/ Oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.)	TAK (podać)	

	c/ halogen zamontowany nad blatem roboczym	TAK	
<b>XII.</b>	<b>CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA</b>		
1.	2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi	TAK (podać)	
2.	Zamontowany w przedziale medycznym na ścianie lewej panel z minimum 2 punktami poboru typu AGA (oddzielnie gniazda pojedyncze)	TAK (podać)	
3.	Centralna instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm	TAK	
4.	Konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów tlenowych bez zdejmowania osłony.	TAK	
<b>XIII.</b>	<b>PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE</b>		
	Wyposażenie przedziału medycznego (pomieszczenie dla pacjenta)- pomieszczenie to powinno pomieścić urządzenia wyszczególnione poniżej:	TAK	
1.	<p>1) Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):</p> <p>a/ koszt na odpady,</p> <p>b/ miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem z wewnątrz przedziału medycznego,</p> <p>c/ jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jako i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od wezgiłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,</p> <p>d/ przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego,</p> <p>2) Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):</p> <p>a/ min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,</p>	TAK (podać)	
		TAK (podać)	



	<p>b/ jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko</p> <p>c/ uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,</p> <p>d/ przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego,</p> <p>e/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro switch umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Sterujący następującymi funkcjami (<b>Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym</b>);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),</li> <li>- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V,</li> <li>- sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,</li> <li>- załączenie intercomu (jeśli występuje),</li> <li>- sterowanie głośnikiem radiotelefonu,</li> <li>- regulacja głośności w głośnikach radioodtwarzacza</li> </ul>		
	<p>3) Uchwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom: normy PN EN 1789+A2:2015-01 oraz jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu</p> <p><b>PARAMETR DODATKOWO PUNKTOWANY</b></p>	<p>TAK/NIE</p> <p><b>TAK – 5 pkt</b></p> <p><b>NIE – 0 pkt</b></p>	
	<p>4) Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą) :</p> <p>a/ minimum cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,</p> <p>b/ pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),</p> <p>c/ min. 2 przesuwne na szynach płyty do zamocowania dowolnego defibrylatora transportowego, dowolnej pompy infuzyjnej (Zamawiający dopuszcza 4 płyty przesuwne na dwóch poziomach),</p> <p>d/ na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz półka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,</p>	<p>TAK</p>	
2.	Uchwyt do kroplówki na min. 2 szt. mocowane na suficie.	TAK	
3.	Uchwyt dedykowany do zamontowania -defibrylatora	TAK	
4.	Oryginalny uchwyt przystosowany do zamontowania ssaka	TAK	

5.	Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia.	TAK	
6.	Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. W podłodze zintegrowane wzmocnienia pod lawetę i fotele. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian.	TAK	
7.	Uchwyty ściennie i sufitowe dla personelu	TAK	
8.	Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min 20 cm, możliwość pochyłu o min 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej) z wysuwem na zewnątrz pojazdu	TAK	
<b>XIV.</b>	<b>DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU</b>		
1.	Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym	TAK	
2.	Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym.	TAK	
3.	W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo-sieciowy z możliwością ładowania w karetkę wyposażony w światło typu LED.	TAK	
4.	Trójkąt ostrzegawczy – 2 sztuki, komplet kluczy, podnośnik samochodowy, koło zapasowe.	TAK	
5.	Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy	TAK	
6.	Pokrowce ochronne na fotel kierowcy i pasażera	TAK	
7.	Zbiornik paliwa w karetkę przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu „rezerwy”.	TAK	
8.	Zamontowane w przedziale medycznym uchwyty do : pompy infuzyjnej	TAK	
<b>XV.</b>	<b>WARUNKI SERWISU</b>		
1.	Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki karetki.	TAK	
2.	Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego, tj. SP ZOZ MSWiA w Łodzi ul. Północna 42 91-425 Łódź.	TAK	
3.	Reakcja serwisu zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu max.72 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w siedzibie Zamawiającego w czasie nie dłuższym jak max. 72 godziny od zgłoszenia (wymóg minimalny)	TAK (podać)	
4.	Gwarancja dostarczenia w ciągu max. 72 godzin do siedziby Zamawiającego karetki zastępczej spełniającej wymagania karetki min. typu B, jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił minimum 10 dni.	TAK (podać)	

<b>XVI.</b>	<b>WARUNKI GWARANCJI</b>		
1.	<b>Gwarancja mechaniczna na karetkę</b> - minimum <b>24 miesiące</b> od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy.  <b>PARAMETR PUNKTOWANY</b>	TAK (podać) <b>60 miesięcy - 20 pkt</b> <b>48 miesięcy - 10 pkt</b> <b>36 miesięcy - 5 pkt</b> <b>24 miesiące - 0 pkt</b>	
2.	Gwarancja na powłoki lakiernicze karetki minimum <b>36 miesięcy</b> od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu	TAK (podać)	
3.	Gwarancja na perforację minimum <b>120 miesięcy</b> od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy	TAK (podać)	
4.	<b>Gwarancja na zabudowę medyczną</b> minimum <b>24 miesiące</b> od daty podpisania protokołu odbioru przedmiotu umowy  <b>PARAMETR PUNKTOWANY</b>	TAK (podać) <b>60 miesięcy – 20 pkt</b> <b>48 miesięcy – 10 pkt</b> <b>36 miesięcy – 5 pkt</b> <b>24 miesiące – 0 pkt</b>	
5.	Gwarancja na sprzęt medyczny – min 24 m-ce	TAK (podać)	

	Nosze główne	Transporter noszy głównych
<b>Producent:</b>		
<b>Oferowany model:</b>		
<b>Rok produkcji aparatu: min. 2022 lub nowszy</b>		

I.	NOSZE GŁÓWNE		
1.	Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji.	TAK	
2.	Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.	TAK	
3.	Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami min. 75 stopni.	TAK (podać)	
4.	Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiającą odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak.	TAK	
5.	Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy.	TAK	
6.	Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą.	TAK	
7.	Ze składanymi poręczami bocznymi, z rączkami do przenoszenia, ze składanym wieszakiem do kroplówki	TAK	
8.	Z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy.	TAK	
9.	Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi.	TAK	
10.	Z cienkim niesprężynującym materacem - 1 szt. z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych.	TAK	
11.	Waga oferowanych noszy max. 23 kg. zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PNEN 1865, podać wagę noszy.	TAK (podać )	
12.	Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg. (podać obciążenie dopuszczalne w kg.)	TAK (podać)	
13.	Przegląd „0” i pierwszy roczny w cenie oferty wraz z kosztami dojazdu.	TAK	
14.	Zestaw transportowy składający się z noszy głównych, transportera wielopoziomowego oraz mocowania - ma spełniać wymogi aktualnej normy aktualnej PN EN 1789+ A2 i PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do prowadzonego postępowania <b>Na wezwanie Zamawiającego:</b> dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualna normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ),	TAK	

	- instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie.		
15.	Wymagany okres gwarancji min. 24 m-ce	TAK (podać)	
<b>II.</b>	<b>TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH</b>		
1.	Z systemem składanego podwozia umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z karetki	TAK	
2.	Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami	TAK	
3.	Regulację wysokości w min. sześciu poziomach	TAK	
4.	Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia)	TAK	
5.	Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm. min.2 kółka jezdne skrętne w nogach noszy zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, kółka umożliwiają jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach) (podać średnicę kółek w mm.)	TAK (podać)	
6.	Min. dwa kółka wyposażone w hamulec	TAK	
7.	System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789	TAK	
8.	Obciążenie dopuszczalne transportera min. 200 kg.(podać dopuszczalne obciążenie w kg.)	TAK	
9.	Waga transportera max. 28 kg, zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg.)	TAK (podać)	
10.	Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą	TAK	
11.	Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi	TAK	
12.	Przegląd „0” i pierwszy roczny w cenie oferty wraz z kosztami dojazdu.	TAK	
13.	Zestaw transportowy składający się z noszy głównych, transportera wielopoziomowego oraz mocowania - ma spełniać wymogi aktualnej normy PN EN 1789+ A2 i PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do prowadzonego postępowania <b>Na wezwanie Zamawiającego</b> : dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualną normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ), - instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie.	TAK	
14.	Wymagany okres gwarancji min 24 m-ce	TAK (podać)	
15.	Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny na 10g ambulansu , zgodnie z wymaganiami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789 <b>Na wezwanie Zamawiającego - dokument uwierzytelniający.</b>	TAK	

	<b>Defibrylator z kardiowersją, AED, stymulacją</b>
<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy</b>	

<b>Defibrylator transportowy do ambulansu ze stymulacją, kardiowersją, AED, EKG, SpO<sub>2</sub>, NIBP</b>			
<b>Lp.</b>	<b>Opis parametru, funkcji</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b>
1.	Modułowy defibrylator transportowy, wyposażony w uchwyt do przenoszenia. Możliwość rozbudowy defibrylatora poprzez zastosowanie wymiennych modułów.	TAK	
2.	Defibrylator przeznaczony do defibrylacji dorosłych i dzieci.	TAK	
3.	Funkcja samoczynnego testowania urządzenia wraz z wskaźnikiem czy urządzenie może być użyte. Możliwość zapisania wyniku autotestu w pamięci urządzenia.	TAK	
4.	Odporność na ingerencję ciał stałych i cieczy: min. IP55	TAK (podać)	
5.	Defibrylator spełnia normę odporności na wibracje w transporcie helikopterem MIL-STD-810E 514.4 Kategoria 4 lub równoważną	TAK (podać)	
6.	Defibrylator spełnia wymogi normy określającej odporność na uderzenia IEC- 60068-2-27: 2008 lub równoważnej.	TAK (podać)	
7.	Defibrylator odporny na upadek z wysokości min. 1m	TAK	
8.	Minimalny zakres temperatur pracy defibrylatora: -5 do 45°C	TAK (podać)	
9.	Funkcja śledzenia i drukowania badania 12-odprowadzeniowego EKG	TAK	
10.	SpO <sub>2</sub> : pomiar saturacji w zakresie 70% - 100%	TAK	
	<b>Ekran</b>	—	—
1.	Minimum 4 sekundy EKG i wartości alfanumeryczne, polecenia i komunikaty Wyświetla do trzech krzywych	TAK	
2.	Zaimplementowany tryb włączenia wysokiego kontrastu wyświetlacza	TAK	
3.	Możliwość wyświetlenia jednocześnie min. 4 krzywych dynamicznych	TAK (podać)	
4.	Funkcja przewodnika z ilustracjami wskazującymi rozwiązanie alarmów technicznych oraz sposobów rozmieszczenia czujników.	TAK	
	<b>Zasilanie</b>	—	—
1.	Defibrylator zasilany elektrycznie 230 VAC/50 Hz ±10%	TAK	

2.	Wbudowane zasilanie akumulatorowe	TAK	
3.	Automatyczne ładowanie akumulatora przy podłączeniu defibrylatora do sieciowego zasilania elektrycznego	TAK	
5.	Akumulator zapewniający min. 100 wyładowań z energią maksymalną	TAK	
6.	Akumulator zapewniający min. 20 wyładowań z energią maksymalną przy temperaturze 0°C.	TAK	
7.	Akumulator zapewniający min. 200 minut stymulacji przezskórnej przy ustawieniu najwyższej wartości prądu stymulacji i najwyższej częstotliwości stymulacji defibrylatora. (podać nastawy)	TAK	
8.	Monitorowanie przy pracy z zasilaniem akumulatorowym - minimum 180 minut	TAK (podać)	
9.	Wskaźnik naładowania i komunikat rozładowania akumulatora. Stan rzeczywisty naładowanej baterii widoczny na ekranie defibrylatora.	TAK	
	<b>Defibrylacja</b>	–	–
1.	Defibrylacja dwufazowa	TAK	
2.	Technologia zapewniająca stałą szerokość drugiej fazy impulsu defibrylacji przy wysokiej impedancji	TAK	
3.	Defibrylacja ręczna	TAK	
4.	Defibrylacja synchroniczna umożliwiającą przeprowadzenie kardiowersji	TAK	
5.	Defibrylacja półautomatyczna, AED	TAK	
6.	Zakres wyboru energii w J min. 2 – 360 J	TAK (podać)	
7.	Ilość stopni dostępności energii defibrylacji zewnętrznej min. 10	TAK (podać)	
8.	Łóżki twarde do defibrylacji dla pacjentów pediatrycznych zintegrowane z łóżkami dla dorosłych i/lub elektrody jednorazowe typu PAD	TAK	
9.	Wyzwalanie defibrylacji z łóżek defibrylacyjnych	TAK	
10.	Czas ładowania do energii 200 [J] mniej niż 4 sekundy	TAK	
11.	Czas ładowania do energii maksymalnej: mniej niż 5 sekund	TAK (podać)	
	<b>Stymulacja przezskórna</b>	–	–
12.	Tryb stymulacji stałej	TAK	
13.	Tryb stymulacji "na żądanie"	TAK	
14.	Regulacja częstotliwość stymulacji w zakresie min. 30 – 180 imp./min.	TAK	
15.	Regulacja natężenia prądu stymulacji w zakresie min. 10 – 195 mA	TAK	

	<b>INNE</b>		
16.	Mocowanie do ambulansu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Odporne na przeciążenia o wartości 10G</li> <li>- Zgodnie z normą DIN EN 1789:2020</li> </ul>	TAK	

	<b>Respirator transportowy z turbiną</b>
<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy</b>	

–	<b>Respirator transportowy z turbiną</b>	–	–
<b>Lp.</b>	<b>Opis parametru, funkcji</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b>
–	<b>Wymagania ogólne respiratora</b>	–	–
1.	Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych i dzieci	TAK	
2.	Respirator o stopniu ochrony przed wnikaniem ciał stałych oraz wody: min. IP34.	TAK (podać)	
3.	Respirator z możliwością zasilania z zewnętrznego źródła DC o napięciu od 12 do 24 V umożliwiające zastosowanie respiratora w ambulansie oraz transporcie lotniczym.	TAK	
4.	Obsługa poprzez pokrętkę i/lub ekran dotykowy.	TAK	
5.	Obsługa i komunikaty w języku polskim.	TAK	
6.	System testów sprawdzających działanie respiratora.	TAK	
7.	Wbudowany składany uchwyt/rączka do przenoszenia.	TAK	
8.	Przystosowany do pracy w temperaturach min. -10°C do 35°C	TAK	
–	<b>Zasilanie Pneumatyczne</b>	–	–
9.	Własne zasilanie w powietrze z wbudowanej w aparat turbiny.	TAK	
10.	Zasilanie w tlen z sieci szpitalnej o ciśnieniu min. 2,8 do 6 bar oraz niezależne wejście niskociśnieniowe od 0 do 1,5 bar i przepływie do 15 l/min.	TAK	
–	<b>Zasilanie Elektryczne</b>	–	–
11.	Przystosowany do zasilania AC 230 V, 50/60Hz.	TAK	
12.	Awaryjne zasilane akumulatorowe do podtrzymania pracy respiratora na minimum 1 godzinę.	TAK (podać)	
13.	Czas ładowania akumulatora wewnętrznego podczas stand-by max. 2,5 godziny.	TAK	
–	<b>Tryby wentylacji</b>	–	–
14.	Dwa tryby wentylacji: Demand i CMV/Demand	TAK	
15.	Funkcja CPAP	TAK	
16.	Funkcja PEEP	TAK	



	Parametry regulowane		
17.	Częstość oddechowa: płynna regulacja w zakresie 8 – 40 odd/min	TAK	
18.	Objętość oddechowa: płynna regulacja w zakresie 70 – 1500 ml	TAK	
19.	Zastawka PEEP zintegrowana: zakres regulacji 0 – 20 cmH2O	TAK	
20.	Przepływ w trybie CPAP: regulowany w zakresie 0 – 12,5 l/min	TAK	
21.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej: 50 / 100%	TAK	
22.	Zastawka bezpieczeństwa: regulowana w zakresie 20 – 60 cmH2O	TAK	
–	<b>Alarmy</b>	–	–
23.	Min. 2 kategorie alarmów.	TAK	
24.	Alarm braku zasilania w energię elektryczną.	TAK	
25.	Alarm niskiego ciśnienia lub rozłączenia pacjenta.	TAK	
26.	Alarm bezdechu.	TAK	
27.	Awaria zasilania w tlen.	TAK	
28.	Alarm rozładowanie akumulatora.	TAK	
29.	Dziennik zdarzeń i alarmów zapamiętujący min. 50 ostatnich zdarzeń alarmowych.	TAK	
–	<b>Inne wymagania</b>	–	–
30.	Podstawowe mocowanie do ambulansu	TAK	
–	<b>Wyposażenie</b>	–	–
31.	Wielorazowa torba transportowa x 1szt. na respirator	TAK	
32.	Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą x 1 szt. na respirator	TAK	

	<b>Ssak próżniowy</b>
<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy</b>	

–	<b>Ssak próżniowy</b>	–	–
<b>Lp.</b>	<b>Opis parametru, funkcji</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b>
–	<b>Wymagania ogólne ssaka</b>	–	–
1.	Zasilanie bateryjne 12V, z możliwością podłączenia do sieci 230V	TAK	
2.	Zakres regulacji 0 – 900 mbar	TAK (podać)	
3.	Zbiornik min 1 lub 2-litrowy, nietłukący (z poliwęglanu) z pokrywą z zabezpieczeniem przed przelaniem	TAK (podać)	
4.	Uchwyt zbiornika 1 lub 2-litrowego	TAK	
5.	Szybkość zasysania powietrza: min 15l / min	TAK (podać)	

6.	Regulator siły ssania	TAK	
7.	Filtr antybakteryjny	TAK	
8.	Podstawowe mocowanie do ambulansu	TAK	

	<b>Pompa infuzyjna wraz z uchwytem mocującym</b>
<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy</b>	

–	<b>Pompa infuzyjna wraz z uchwytem mocującym</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Opis parametru, funkcji</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b>
–	<b>Wymagania ogólne pompy</b>	–	–
1.	Jednostrzykawkowa, przeznaczona do precyzyjnego dozowania leków i płynów infuzyjnych	TAK	
2.	Zasilanie akumulatorowe oraz sieciowe 230V i 12V w karetce, w komplecie ze wszystkimi akcesoriami do zasilania, czas pracy z akumulatorem min 6h przy przepływie 5ml/h, automatyczne rozpoznawanie strzykawki, funkcja bolus umożliwiająca szybkie i wielokrotne podawanie pacjentowi dawki uderzeniowej o precyzyjnie ustawionej objętości w dowolnie wybranym momencie infuzji w trybie ręcznym i automatycznym, programowany próg ciśnienia okluzji.	TAK (podać)	
4.	Możliwość zmiany progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji, historia infuzji wraz z biblioteką leków, strzykawka montowana od czoła pompy, rampa pompy nie może wysuwać się poza obudowę pompy, dźwiękowe i optyczne sygnalizowanie sytuacji wymagających interwencji personelu.	TAK (podać)	
5.	Duży czytelny wyświetlacz	TAK	
6.	Jeden podwójny uchwyt do bezpiecznego montażu i transportu pompy w ambulansie posiadający funkcję zasilania pompy i ładowania akumulatora po wpięciu urządzenia do uchwyty. Uchwyt przebadany w teście zderzeniowym.	TAK	
7.	W komplecie: 1 sztuka pompy infuzyjnej, 1 sztuka stacji dokującej	TAK	

	<b>Krzesi?ko kardiologiczne z systemem p?ozowym</b>
<b>Producent:</b>	
<b>Oferowany model:</b>	
<b>Rok produkcji aparatu: 2022 lub nowszy</b>	

–	<b>Krzesi?ko kardiologiczne z systemem p?ozowym</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Opis parametru, funkcji</b>	<b>Wymogi graniczne TAK/NIE</b>	<b>Parametry oferowane</b>
1.	Konstrukcja wykonana z wysokiej wytrzyma?o?ci materia?u odpornego na korozj??	TAK	
2.	Wyposa?one w system p?ozowy/g?asienicowy do transportu pacjenta po schodach	TAK	
3.	Siedzisko i oparcie mocowane fabrycznie na sta?e z materia?u o wysokiej odporno?ci na ?cieranie, p?ekni?cia, zmywalne i umo?liwiaj?c? dezynfekcj??	TAK	
4.	4 ko?a w tym 2 skr?tne	TAK	
5.	Mo?liwo?c z?o?enia do transportu w ambulansie	TAK	
6.	Wysuwane r?aczki przednie	TAK	
7.	Dodatkowe r?aczki tylne	TAK	
8.	Pasy bezpiecze?stwa	TAK	
9.	podp?rka pod stopy pacjenta	TAK	

Niniejszy plik powinien zosta? opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osob?(osoby) upowa?nion? (upowa?nione) do reprezentacji wykonawcy