*Załącznik nr 2 do SWZ \_Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (SOPZ) - dokument składany wraz z ofertą!*

**Ambulans typu B wraz z wyposażeniem; kolor żółty fabryczny - zgodny z normą**

**Rok produkcji całości wyposażenia – 2023/2024 r.**

**Ambulans spełniający wymagania normy PN:EN 1789 +A2; PN 1868 lub równoważne**

**Marka/typ: ……………………………………... Producent: …………………………………………….... *(podać)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **L.p.** | **Wymagane parametry techniczno- użytkowe pojazdu oraz wyposażenia** | TAK /NIE\* | Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*Dla wyposażenia:a)dodatkowego (ponad standardowego dla danego modelu) podać kody producenta np. klimatyzacja kod XX00, |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie dotyczącym pojazdu bazowego** |
|  **I.** | **NADWOZIE** | **------** | **-----------------------------------------** |
| **1** | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC (dopuszczalna masa całkowita ) pojazdu wraz z zabudową do 3,5 tony. (Przeznaczony do transportu maksymalnie czterech osób, ale wyposażony w cztery miejsca siedzące oraz jedno leżące). |  |  |
| **2** | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele regulowane, z podłokietnikiem |  |  |
| **3** | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą |  |  |
| **4** | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, |  |  |
| **5** | **Elektrycznie domykanie drzwi przesuwnych prawych i lewych** – **Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| **6** | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni |  |  |
| **7** | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny |  |  |
| **8** | Reflektory przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów |  |  |
| **9** | Kolor żółty fabryczny tj. lakierowany na etapie produkcji pojazdu bazowego przez producenta objęty fabryczna gwarancją  |  |  |
| **II.**  | **SILNIK** | ------ | ----------------------------------------- |
| **1** | Wysokoprężny (turbo-diesel) o pojemności min. 1950 cm3, z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa (Common Rail) o maksymalnym zużyciu paliwa poniżej 20l/100 km weryfikowane na podstawie świadectwa homologacji lub wyciągu ze świadectwa homologacji przekazanego przy odbiorze pojazdu |  |  |
| **2** | Moc silnika min. 170 KM, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm |  |  |
| **3** | **Moc silnika powyżej 180 KM** **–****Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| **4** | Spełniający wymogi normy emisji spalin EURO VI lub EURO 6. |  |  |
| **5** | **Napęd rozrządu w formie łańcucha** **–****Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |   |
| **III** | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | ------ | ----------------------------------------- |
| **1** | Skrzynia biegów automatyczna lub manualna |  |  |
| **2** | **Skrzynia biegów automatyczna minimum siedmiobiegowa + bieg wsteczny** **–** **Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| **3** | Napęd na koła przednie lub tylne |  |  |
| **IV.** | **ZAWIESZENIE** | ------ | ----------------------------------------- |
| **1** | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność o manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta – z tłumikiem drgań lub zawieszenie pneumatyczne (opisać) |  |  |
| **V.** | **UKŁAD HAMULCOWY** | ------ | ----------------------------------------- |
| **1** | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania,  |  |  |
| **2** | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania  |  |  |
| **3** | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy (ESP) |  |  |
| **4** | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania (ASR) |  |  |
| **5** | Z systemem wspomagania nagłego hamowania (BAS, BA) |  |  |
| **6** | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) |  |  |
| **VI.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | ------ | ----------------------------------------- |
| **1** | Alternator o wydajności min. 200 A + dwa akumulatory min 90 Ah każdy |  |  |
| **VII.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | ------ | ----------------------------------------- |
| **1** | Poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera (co najmniej dwa rodzaje – podać) |  |  |
| **2** | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy |  |  |
| **3** | Regulowana kolumna kierownicy w co najmniej dwóch płaszczyznach tj. góra-dół, przód-tył. |  |  |
| **4** | **Elektrycznie regulowane, składane i podgrzewane lusterka zewnętrzne -**  **Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| **5** | Klimatyzacja automatyczna lub półautomatyczna kabiny kierowcy |  |  |
| **6** | Pojazd wyposażony w zestaw naprawczy do opon. Koła zapasowe dostarczone luzem. |  |  |
| **7** | **Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) -****parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** |
| **I.** | **NADWOZIE** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800  |  |  |
| **2** | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). |  |  |
| **II.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | **-----** | **-----------------------------------------------** |
| **1** | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik – podać markę i model. |  |  |
| **2** | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W. |  |  |
| **3** | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego. Podać markę i model wentylatora. |  |  |
| **4** | Rozbudowa fabrycznej automatycznej klimatyzacji kabiny kierowcy na przedział medyczny (po rozbudowie - klimatyzacja dwuparownikowa). |  |  |
| **5** | Niezależne od pracy i układu chłodzenia silnika ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5.0 kW tzw. powietrzne - podać markę i model. |  |  |
| **III.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | Instalacja elektryczna 230 V:- zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka)- min. 4 gniazda w przedziale medycznym wewnętrznym- zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym- grzałka w bloku (układzie chłodzenia) silnika zasilana z sieci 230 V- zabezpieczenie przeciwporażeniowe. |  |  |
| **2** | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki). |  |  |
| **3** | Instalacja elektryczna 12V:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych.- gniazda zabezpieczone przed zalaniem / zabrudzeniem, wyposażone we wtyki- min 1 gniazdko 12V w schowku zewnętrznym do podłączenia urządzenia do ucisku klatki piersiowej z dostępem - min 1 dodatkowe gniazdko 12V w kabinie kierowcy na wysokości siedzenia pasażera  |  |   |
| **4** | Instalacja do systemu SWD z antenami dachowymi wraz z dodatkowymi uchwytami( elementami) stacja dokująca do tabletu (Zebra XSLATE L10) ( bez tabletu) wraz z drukarką mobilną, podstawą pod drukarkę, uchwytem oraz drukarką. Gniazdo zasilania do drukarki 230V (dostępne po odłączeniu zasilania sieciowego) zainstalowane w przedziale medycznym (po prawej stronie od wejścia bocznego. |  |  |
| **5** | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. |  |  |
| **IV.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna niskoprofilowa typu LED wyposażona w podświetlany napis ambulans oraz dodatkowe reflektorki do oświetlania przedpola pojazdu.W tylnej części dachu min 1 niebieska lampa LED typu „Kogut” . |  |  |
| **2** | Na wysokości podszybia lub pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED |  |  |
| **3** | W komorze silnika lub w pasie przednim zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem |  |  |
| **4** | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik, umieszczony w widocznym , łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. |  |  |
| **5** | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu drzwi . |  |  |
| **6** | Oznakowanie pojazdu: - pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.Pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli , pas odblaskowy z foli typu 1 lub 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu, pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym |  |   |
| **7** | Napis lustrzany „AMBULANS” barwy czerwonej z przodu pojazdu zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. |  |  |
| **8** | Wzór graficzny systemu „PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE” z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu -zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne . |  |  |
| **9** | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego ”P” , 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 uzgodnienia po podpisaniu umowy |  |  |
| **10** | Nazwa dysponenta jednostki oraz numer systemowy : do uzgodnienia po podpisaniu umowy – po obu stronach pojazdu, oraz na drzwiach tylnych (wielkość liter do uzgodnienia po podpisaniu umowy). |  |  |
| **11** | Reflektory zewnętrzne typu LED, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 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 30 km/h. |  |  |
| **12** | Dodatkowe sygnały pneumatyczne – podać markę i model. |  |  |
| **V.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz- współczynnik fali stojącej -1,6- polaryzacja pionowa- charakterystyka promieniowania – dookólna- odporność na działanie wiatru 55 m/s |  |  |
| **2** | W przedziale medycznym głośnik z możliwością podłączenia do radiotelefonu. |  |  |
| **3** | Radiotelefon stacjonarny cyfrowy (możliwość pracy w trybie analogowym) pracujący w zakresie częstotliwości minimum 136-174 MHz lub więcej, z programowalnymi przyciskami dostępności kanału, z możliwością podłączenia zewnętrznego głośnika.  |  |  |
| **4** | Radiotelefon przenośny cyfrowy (możliwość pracy w trybie analogowym) pracujący w zakresie częstotliwości minimum 136-174 MHz lub więcej, z mikrofono-głośnikiem oraz ładowarką. |  |  |
| **VI.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | Oświetlenie sufitowe rozproszone typu LED w kolorze naturalnym. |  |  |
| **2** | Co najmniej 2 sufitowe skupione punkty świetlne nad noszami z regulacją kąta padania światła. |  |  |
| **3** | Oświetlenie punktowe blatu roboczego. |  |  |
| **VII.** | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. |  |  |
| **2** | Wzmocnione ściany boczne umożliwiające montaż sprzętu medycznego. |  |  |
| **3** | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |  |
| **4** | Na prawej ścianie jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia - podać zakres regulacji).Podać markę i model oferowanego fotela. |  |  |
| **5** | Fotel u wezgłowia noszy (przy ścianie działowej) usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym) i bezwładnościowym trzypunktowym pasem bezpieczeństwa.Fotel z możliwością przesuwu w kierunku od noszy do ściany działowej w zakresie zapewniającym prawidłowe korzystanie z fotela tj. zarówno zajęcie prawidłowej pozycji przy noszach, odsunięcie fotela od noszy w celu obejścia noszy jak i ustawienie fotela w pozycji ułatwiającej przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy.Podać markę i model oferowanego fotela. |  |  |
| **6** | 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 (podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789. |  |  |
| **7** | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa,- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.). |  |  |
| **8** | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną( blat roboczy na wysokości min. 100 cm ±10) , z szufladami (min. 2 szt.) |  |   |
| **9** | Miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem - zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków |  |  |
| **10** | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. |  |  |
| **11** | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. |  |  |
| **12** | Na ścianie lewej szyny wraz z trzema panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator (zamontować uchwyt kompatybilny z defibrylatorem Lifepak 15), respirator (Zamawiający dostarczy uchwyt do montażu), pompa infuzyjna. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego Uwaga - Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. |  |  |
| **13** | Centralna instalacja tlenowa:- zamontowany na ścianie lewej panel z minimum 2 gniazdami poboru tlenu typu AGA- min 2 reduktory z szybkozłączką typu AGA - min 2 szt butli tlenowych 10 L - uchwyt do montażu 2 szt butli tlenowych 10L oraz uchwyt do 2 szt butli tlenowych 2-3 l  |  |   |
| **14** | Mechaniczna podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 10 st. do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę, (podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności).Zamawiający nie dopuszcza lawety w której zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety odbywa się za pomocą linki. |  |  |
| **15** | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. |  |  |
| **16** | W przedziale medycznym ma być zapewnione miejsce mocowania dodatkowego sprzętu medycznego tj. ssak elektryczny, pompa infuzyjna  |  |  |
| **17** | Kosz na śmieci |  |  |
| **VIII.** | **WYMAGANIA DODATKOWE** | ----- | ----------------------------------------------- |
| **1** | Przedział medyczny ma być wyposażony w:- urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa- gaśnicę- panel sterujący:\*informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazduz funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)\*informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu \*sterujący oświetleniem przedziału medycznego \*sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego \*zarządzający systemem ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperaturyPanel przyciskowy nie dotykowy (touchscreen) |  |   |
| **2** | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:- panel sterujący:\*informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych\*informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V\*informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy \*informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych)Panel przyciskowy nie dotykowy (touchscreen) |  |  |
| **3** | Kamera cofania wraz z wyświetlaczem w formie lusterka wstecznego zamontowanym w kabinie kierowcy. |  |  |
| **5** | W kabinie kierowcy lampka na giętkim przewodzie po stronie pasażera |  |  |
| **6** | Komplet kół z oponami letnimi (tj. 4 szt.) dodatkowo zestaw opon zimowych (dostarczone luzem). Zamawiający nie dopuszcza opon wielosezonowych. Zamawiający dopuszcza w przypadku zaoferowania zestawu naprawczego do kół dostarczenie koło zapasowego luzem.  |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie sprzętu medycznego** |
| **1** | **NOSZE GŁÓWNE** podać markę i model |  |  |
| przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; |  |  |
| nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; |  |  |
| z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni; |  |  |
| rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; |  |  |
| **Możliwość skrócenia długości noszy do pozycji krzesła transportowego tj. możliwość przewozu pacjenta w pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami do dołu analogicznie jak na krześle transportowym, funkcja wykorzystywana w transporcie w ciasnych przestrzeniach np. winda, wąski kręty korytarz –**  **parametr niewymagany dodatkowo punktowany**  |  |  |
| z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; wyposażone w składany wieszak do kroplówki  |  |  |
| z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu dzieci o wadze od min 5 do co najmniej 40 kg na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej. Podać markę i model uprzęży do transportu dzieci |  |  |
| nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;  |  |  |
| składane poręcze boczne, ze składanymi lub chowanymi rączkami do przenoszenia z przodu i tyłu noszy  |  |  |
| z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; |  |  |
| nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; |  |  |
| cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego nieprzyjmujący krwi, brudu, przystosowany do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, wyposażony w podgłówek umożliwiający dopinanie lub odpinanie lub ułożenie głowy w trzech pozycjach tj. na wznak, z odgięciem do tyłu, przygięciem do klatki piersiowej  |  |  |
| wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy |  |  |
| obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 220 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) |  |  |
| waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z PN EN 1865-1, (podać wagę noszy w kg); |  |  |
| nosze główne wraz z transporterem- sprzęt medyczny ma spełniać wymogi aktualnej normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej).Załączyć do oferty na wezwanie deklarację zgodności CE oraz deklaracje zgodności z normami lub Certyfikat Zgodności potwierdzający zgodność z wszystkimi punktami aktualnej normy PN EN 1789+A2 i PN EN 1865-1 oraz instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie. W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| **2** | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH**, podać markę i model, załączyć folder |  |  |
| z systemem składanego podwozia umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu; |  |  |
| z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami; |  |  |
| regulacja wysokości w min. sześciu poziomach; |  |  |
| możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia); |  |  |
| wszystkie kółka jezdne o średnicy powyżej 150 mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach).Podać średnicę kółek w mm; |  |  |
| min. dwa kółka wyposażone w hamulce |  |  |
| **System automatycznego składania i rozkładania podwozia przedniego transportera przy załadunku i rozładunku noszy do karetki tzn. bez konieczności przyciskania jakichkolwiek dźwigni czy przycisków zwalniających mechanizm składania podwozia –** **Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 250 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); |  |  |
| Waga zestawu transportowego do max 51 kg zgodnie z aktualna normą PN EN 1865-1 (podać wagę transportera w kg); |  |  |
| transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznie elementy związane z jego obsługą |  |  |
| transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego niekorodującego materiału lub musi być zabezpieczony chemicznie przed korozją; |  |  |
| **System zabezpieczający przed złożeniem i niekontrolowanym opadnięciem w dół w trakcie załadunku noszy do ambulansu, w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na podstawie (stole medycznym) a zwolniona jest blokada składania przednich goleni –** **Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| **Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w przypadku niekontrolowanego lub przypadkowego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie, sygnalizacja stanu blokady lub jej braku na panelu kontrolnym-** **Parametr niewymagany dodatkowo punktowany** |  |  |
| nosze główne wraz z transporterem - sprzęt medyczny ma spełniać wymogi aktualnej normy PN-EN 1865-1 lub normy równoważnej).Załączyć do oferty na wezwanie deklarację zgodności CE oraz deklaracje zgodności z normami lub Certyfikat Zgodności potwierdzający zgodność z wszystkimi punktami aktualnej normy PN EN 1789+A2 i PN EN 1865-1 oraz instrukcję obsługi wydaną przez producenta potwierdzającą oferowane parametry załączyć przy dostawie . W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| **3** | **Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego**podać markę i model, |  |  |
| wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie płynów dezynfekujących, wyposażone w 4 kółka jezdne z czego tylne o średnicy min 15 cm wyposażone w hamulce, a przednie obrotowe o średnicy min 10 cm , wyposażone w system trakcyjny umożliwiający zjazd po schodach, wyposażone w składane tylne rączki transportowe, wyposażone w ruchomą tylną ramę z regulacją jej wysokości na co najmniej 3 poziomach, wyposażone w przednie rączki transportowe o regulowanej długości na min. 3 poziomach , wyposażone w składane podparcie pod nogi , wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu , siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalne, szybkodemontowalne , wyposażone w min 3 pasy , wyposażone w stabilizator głowy pacjenta montowany do wysuwanej w pionie ramy tylnej krzesła umożliwiający regulacje wysokości zamocowania, waga do 15 kg, dopuszczalne obciążenie co najmniej 170 kg. Załączyć na wezwanie dokumenty potwierdzające zgodność z aktualną normą PN EN 1865-4. Dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r – dostarczyć przy dostawie wraz z paszportem technicznym, kartą gwarancyjną i instrukcją obsługi. W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| **4** | **SSAK AKUMULATOROWO-SIECIOWY**, podać markę i model, |  |  |
| Zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu, ładowanie akumulatora z sieci 12V ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 30 minut pracy ciągłej z max obciążeniem, w kpl. z uchwytem ścienny zgodnym z normą PN EN 1789 z  funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji, wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora. W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| Z regulacją płynną siły ssania w zakresie od 0 do 80kPa ( 0-800mBar), o przepływie do min. 22L/min, wyposażony w słój na wydzielinę o poj. 1L przystosowany do jednorazowych wkładów, z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka |  |  |
| waga ssaka do max 3,5 kg  |  |  |
| temperatura pracy i przechowywania zgodna z normą PN EN 1789 |  |  |
| 5 | **PŁACHTA RATOWNICZA** (podać markę model, załączyć folder na wezwanie)  |  |  |
| Płachta ewakuacyjna przeznaczona do transportu i ewakuacji osób w pozycji leżącej, w ciasnych, wąskich przestrzeniach, wykonana z wytrzymałego, łatwo zmywalnego tworzywa, nie przyjmującego krwi, brudu ani materiałów ropopochodnych, wyposażona w min. 8 uchwytów transportowych umieszczonych w obrysie płachty, udźwig powyżej 200 kg, wyposażona w specjalne zakładki z przodu i tyłu, zabezpieczające przed przesuwaniem się pacjenta w trakcie transportu w pochyłym terenie lub na desce ortopedycznej, szerokość min 100cm długość płachty min 200cm (podać wymiary) Załączyć na wezwanie dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r – oraz dostarczyć przy dostawie wraz z paszportem technicznym , kartą gwarancyjną i instrukcją obsługi. W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| 6 | **NOSZE PODBIERAKOWE** (podać markę i model, folder , deklarację zgodności z aktualną normą PN EN 1865-1 dostarczyć na wezwanie )  |  |  |
| \*wyposażone w komplet min 3 szt. pasów zabezpieczających i łopaty wykonane z tworzywa sztucznego lub aluminium \*muszą posiadać zamki z podwójną zapadką o konstrukcji zabezpieczającej przed niekontrolowanym rozpięciem lub muszą być wyposażone w dodatkowy system zabezpieczeń przed przypadkowym rozpięciem łopat noszy (system dodatkowych zabezpieczeń ma być opisany w załączonym folderze oraz w instrukcji obsługi) \*muszą umożliwiać złożenie ich w połowie długości \*muszą umożliwiać regulację długości pozwalającą na dobór do pacjentów o różnym wzroście \*muszą posiadać min 10 uchwytów do przenoszenia umieszczonych na obwodzie noszy obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg (podać) waga noszy max. 10 kg Dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie RP, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Tekst mający znaczenie dla EOG)– dostarczyć na wezwanie lub przy dostawie wraz z paszportem technicznym , kartą gwarancyjną i instrukcją obsługi. W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| 7 | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH** (podać markę i model, folder , deklarację zgodności z aktualną normą PN EN 1865-1 dostarczyć na wezwanie )  |  |  |
| Nosze typu deska, wykonana z wysokoodpornego tworzywa sztucznego , zmywalna, prześwietlalna dla promieni X w stopniu diagnostycznym, pasy zabezpieczające do deski ortopedycznej mocowane za pomocą metalowego obrotowego karabińczyka, spięcie pasów za pomocą metalowej klamry i metalowego zamka, duże karabińczyki obrotowe na końcach pasów – min 4 szt/kpl pasów. Mocowanie pasów do deski za pomocą min. 5 uchwytów na stronę.Zestaw klocków do unieruchamiania głowy i kręgosłupa szyjnego, wielokrotnego użytku, o konstrukcji umożliwiającej zmiany punktu mocowania pasów mocujących, o konstrukcji umożliwiającej obserwację uszu poszkodowanego, z co najmniej dwoma pasami do mocowania głowy (podbródkowy i czołowy) oraz brakiem wpływu zamocowania zestawu na możliwości transportowe noszy. Całe mocowanie pokryte tworzywem wodoodpornym wielokrotnego użytku. Ciężar deski poniżej 10 kg., a nośność deski powyżej 200 kg. Szerokość deski min. 41cm. Długość deski min. 183cm. Zwężenie końca dystalnego deski od strony nóg Dodatnia pływalność deski Wielkość uchwytów transportowych umożliwiająca bezpieczny i wygodny uchwyt ręką w rękawicach roboczych Dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie RP, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Tekst mający znaczenie dla EOG)– dostarczyć na wezwanie lub przy dostawie wraz z paszportem technicznym , kartą gwarancyjną i instrukcją obsługi . W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| 8 | **MATERAC ORTOPEDYCZNY DLA DOROSŁYCH** (podać markę i model , załączyć folder na wezwanie) |  |  |
| - w kpl pompka dwukierunkowa, torba, dodatkowa podłoga zabezpieczająca przed uszkodzeniem, zestaw naprawczy, poszycie wykonane z tworzywa sztucznego, przystosowane do dezynfekcji, wypełniony granulatem, z zaworem obrotowym - 8 uchwytów do przenoszenia , min 4 pasy spinające, wymiary min 200cmx90cm Na wezwanie należy dokumenty potwierdzające zgodność z aktualną normą PN EN 1865-1 oraz dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie RP, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Tekst mający znaczenie dla EOG)W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |  |  |
| 9 | **KAPNOGRAF** (podać markę i model, załączyć folder na wezwanie) |  |  |
|

|  |
| --- |
| Mały przenośny do monitorowania etCO2 u pacjentów zaintubowanych zarówno dorosłych jak i dzieci. W komplecie z adapterami do monitorowania (25 sztuk dla dorosłych, 25 sztuk dla dzieci). |
| Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru, pierwszego uruchomienia i szkolenia personelu. W okresie gwarancji Wykonawca zapewni wszelkie przeglądy techniczne sprzętu bezpłatnie, części eksploatacyjne po stronie Zamawiającego. |
| Wykonawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu telefonicznego zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia. |
| Czas naprawy maksymalnie do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. |
| W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. |
| Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. |

 |  |  |
| 10 | **DEFIBRYLATOR** (podać markę i model , załączyć folder na wezwanie) |  |  |
|

|  |
| --- |
| Urządzenie dostarczy Zamawiający, po stronie Wykonawcy pozostaje dostarczenie uchwytu kompatybilnego z defibrylatorem LIFEPAK 15 oraz jego zainstalowanie.  |
|  |

 |  |  |
| 11 | **RESPIRATOR** (podać markę i model, załączyć folder na wezwanie) |  |  |
|

|  |
| --- |
| Urządzenie wraz z uchwytem montażowym dostarczy Zamawiający. |
|  |

 |  |  |
| 12 | **Dodatkowe wyposażenie** |  |  |
| * Stacja dokująca do pomp infuzyjnych
* Pompa strzykawkowa
* Zestaw do transportu amtupowanych kończyn
* Kask ochronny biały 3 szt.,
* Plecak reanimacyjny z ampularium ,
* Torba pediatryczna,
* Koc bakteriostatyczny,
* Zestaw hydrożeli,
* Ssak ręczno-nożny,
* Ssak mechaniczny ręczny,
* Komplet 14 szyn kramera,
* Termometr douszny,
* Drukarka mobilna,
* Stacja dokująca do tabletu Zebra XSLATE L10, umożliwiająca ładowanie bez konieczności podpinania przewodu zasilającego (ładowanie następuje po wpięciu w bazę).
* Zestaw reanimacyjny dla dzieci: rurki intubacyjne, łyżki pediatryczne, mankiety do pomiaru ciśnienia do Lifepak 15, laryngoskop, zestaw I-Gel,
* Zestaw porodowy,
* Urządzenie do zadławień LifeVac,
* Radiotelefon stacjonarny + przenośny
 |  |  |