**Załącznik Nr 2 Opis przedmiotu zamówienia**

**Nr sprawy EZP-252-13/2024**

**Opis przedmiotu zamówienia**

Marka pojazdu …..…………………………………………………………………………………………………………………

Producent ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Rok Produkcji (nie starszy niż 2024 r.) .......................................................................................

Model/typ ...................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****Wpisać tak** (gdy spełnia)**Wpisać nie** (gdy nie spełnia)**Wpisać tak, podać** (w przypadku wskazania parametru wymaganego Wykonawca wpisuje pełny opis parametrów wymaganych przez Zamawiającego z wskazaniem konkretnych wartości) |
| **I.** | **POJAZD BAZOWY** |
| **Nadwozie** |
| 1. | Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony | TAK/NIE |  |
| 2. | Maksymalna długość całkowita pojazdu do 5500 mm | TAK/NIE |  |
| 3. | Maksymalna wysokość pojazdu przed adaptacją 2000 mm | TAK/NIE |  |
| 4. | Drzwi tylne przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 180 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł (podać kąt otwarcia drzwi) | TAK, podać  |  |
| 5. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą | TAK/NIE |  |
| 6. | Otwierane okno po lewej stronie w przedniej części przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| 7. | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny | TAK/NIE |  |
| 8. | Kolor nadwozia biały lub żółty RAL 1016 zgodnie z PN EN 1789 (podać kolor nadwozia) | TAK, podać  |  |
| 9. | Kabina kierowcy trzyosobowa, fotel kierowcy regulowany w min. 3-ch płaszczyznach, z regulacją oparcia i podłokietnikiem. Schowek pod kanapą pasażerów | TAK/NIE |  |
| 10. | Część oparcia kanapy składana w stolik/biurko | TAK/NIE |  |
| **Silnik i układ jezdny** |
| 1. | Turbodiesel o pojemności min. 1950 cm³ | TAK, podać |  |
| 2. | Spełniający wymagania normy Euro 6 | TAK/NIE |  |
| 3. | System AdBlue ze zbiornikiem o pojemności min. 20l | TAK, podać |  |
| 4. | Moc silnika min 125kM, moment obrotowy min. 320 Nm. | TAK, podać |  |
| 5. | Skrzynia biegów manualna 6+1 | TAK/NIE |  |
| 6. | System odzyskiwania energii podczas zwalniania i hamowania | TAK, podać |  |
| 7. | Napęd na koła przednie lub 4 x 4 (podać) | TAK, podać |  |
| 8. | Fabryczny zbiornik paliwa o pojemności min. 80 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. Fabryczny tzn.montowany przez producenta samochodu bazowego. | TAK, podać |  |
| 9. | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siłyhamowania | TAK/NIE |  |
| 10. | Wspomaganie układu hamulcowego | TAK/NIE |  |
| 11. | System wspomagania nagłego hamowania | TAK/NIE |  |
| 12. | System rozdziału siły hamowania | TAK/NIE |  |
| 13. | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny | TAK, podać |  |
| 14. | Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę | TAK/NIE |  |
| 15. | Rozmiar felg min. 16 cali, opony letnie | TAK, podać |  |
| 16. | Kpl. opon zimowych | TAK/NIE |  |
| 17. | Koło zapasowe pełnowymiarowe/zestaw naprawczy | TAK, podać |  |
| **Wyposażenie pojazdu bazowego** |
| 1. | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | TAK/NIE |  |
| 2. | Centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem | TAK/NIE |  |
| 3. | Autoalarm i immobilizer | TAK/NIE |  |
| 4. | Sygnalizacja niedomkniętych drzwi z wizualizacją na desce rozdzielczej | TAK/NIE |  |
| 5. | Poduszki powietrzne kierowcy i pasażera | TAK/NIE |  |
| 6. | Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy | TAK/NIE |  |
| 7. | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne | TAK/NIE |  |
| 8. | Radioodtwarzacz fabryczny z możliwością podłączenia telefonu bezprzewodowo (Bluetooth), MP3, obsługa radia i telefonu za pomocą przycisków w kolumnie kierownicy | TAK/NIE |  |
| 9. | Fabryczne reflektory przednie ze światłami dziennymi. Fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego. | TAK/NIE |  |
| 10. | Światła przeciwmgielne przednie z funkcją doświetlania zakrętów | TAK/NIE |  |
| 11. | Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy | TAK/NIE |  |
| 12. | Fabryczne czujniki cofania z sygnalizacją dźwiękową | TAK/NIE |  |
| 13. | Minimum dwa fabryczne gniazda (USB i 12V) w kabinie kierowcy | TAK, podać |  |
| 14. | Regulowana kolumna kierownicy | TAK/NIE |  |
| 15. | Czujnik światła | TAK/NIE |  |
| 16. | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów | TAK/NIE |  |
| 17. | Drzwi przednie ze schowkami | TAK/NIE |  |
| **II.** | **MODYFIKACJA NA AMBULANS** |
| **Przedział medyczny** |
| 1. | Długość przedziału medycznego min. 270 cm (podać długość przedziału medycznego w cm) | TAK, podać |  |
| 2. | Szerokość przedziału medycznego min. 160 cm (podać szerokość przedziału medycznego w cm) | TAK, podać |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min.130cm (podać wysokość przedziału medycznego w cm) | TAK, podać |  |
| 4. | Wzmocniona podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian oraz umożliwiająca mocowanie podstawy pod nosze główne | TAK/NIE |  |
| 5. | Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym, izolowane termicznie i akustycznie | TAK/NIE |  |
| 6. | Na ścianie bocznej zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przedniekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów | TAK/NIE |  |
| 7. | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | TAK/NIE |  |
| 8. | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą bez możliwością przejścia do przedziału medycznego z oknem otwieranym | TAK/NIE |  |
| 9. | Na ścianie działowej miejsce mocowania krzesełka kardiologicznego | TAK/NIE |  |
| 10. | 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

-wyświetlacz w technologii LCD**Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego** | TAK/NIE |  |
| 11. | Przedział medyczny wyposażony w panel sterujący:* informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
* z funkcją zegara i kalendarza
* 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/NIE |  |
| 12. | Składane siedzisko z pasem trzypunktowym bezwładnościowym na ścianie działowej | TAK/NIE |  |
| 13. | Jedno obrotowe o kąt min. 90 stopni miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe,trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, że składanym do pionu siedziskiem i regulowanym kątem oparcia fotelaklasy M1 | TAK/NIE |  |
| 14. | Uchwyt ułatwiający wsiadanie zamontowany na ścianie działowej | TAK/NIE |  |
| **Podstawa pod nosze** |
| 1. | Podstawa noszy głównych ze schowkiem na deskę ortopedyczną lub nosze podbierające | TAK, podać |  |
| **Instalacja elektryczna** |
| 1. | Dwa akumulatory Pojemność pojedynczego akumulatora min. 70 Ah -jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnikajak 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, podać |  |
| 2. | Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym orazzabezpieczeniem 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 za pomocą panelu sterującego. | TAK/NIE |  |
| **Ogrzewanie i wentylacja** |
| 1. | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik | TAK/NIE |  |
| 2. | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania typu wodnego o mocy min. 5,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie wnętrza pojazdu do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem silnika | TAK, podać |  |
| 3. | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podaćwydajność w m3/godzinę) | TAK, podać |  |
| 4. | Klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| **Oświetlenie** |
| 1. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu | TAK/NIE |  |
| 2. | Reflektory LED do oświetlenia obszaru z tylnej strony pojazdu | TAK/NIE |  |
| 3. | Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| 4. | Oświetlenie punktowe (punkty świetlne LED nad noszami w suficie) | TAK/NIE |  |
| 5. | Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| 6 | Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem | TAK/NIE |  |
| 7. | Lampka typu kokpit zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera | TAK/NIE |  |
| **Oklejenie i oznakowanie** |
| 1. | Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikro pryzmatycznybarwy czerwonej pod niebieskim | TAK/NIE |  |
| 2. | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu | TAK/NIE |  |
| 3. | Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu | TAK/NIE |  |
| 4. | Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą | TAK/NIE |  |
| 5. | Przyciemnione szyby w przedziale medycznym | TAK/NIE |  |
| **Dodatkowe wyposażenie Ambulansu** |
| 1. | Dodatkowa gaśnica zamontowana w przedziale medycznym | TAK/NIE |  |
| 2. | Kamera cofania z wyświetlaczem w kabinie kierowcy | TAK/NIE |  |
| 3. | Urządzenie do wybijania szyb zintegrowane z nożem do przecinania pasów bezpieczeństwa zamontowane w przedziale medycznym | TAK/NIE |  |
| **Nosze** |
| 1. | Podać markę, model | TAK, podać |  |
| 2. | Nosze zintegrowane z transporterem, tzw monoblokowe | TAK/NIE |  |
| 3. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | TAK/NIE |  |
| 4. | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśnibrzucha; | TAK/NIE |  |
| 5. | Z możliwością regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 85 stopni; | TAK, podać |  |
| 6. | Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | TAK/NIE |  |
| 7. | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą; | TAK/NIE |  |
| 8. | Z poręczami bocznymi składanymi wzdłuż osi długiej noszy | TAK/NIE |  |
| 9. | Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy | TAK/NIE |  |
| 10. | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzezzabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; | TAK/NIE |  |
| 11. | Z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | TAK/NIE |  |
| 12. | Regulacja wysokości w min 3-ech poziomach | TAK, podać |  |
| 13. | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 200mm, wszystkie koła skrętne w zakresie 360 stopni umożliwiające jazdę na wprost oraz prowadzenie bokiem z możliwością blokady kierunku do jazdy na wprost | TAK, podać |  |
| 14. | Wszystkie kółka jezdne wyposażone w hamulce | TAK/NIE |  |
| 15. | Możliwość zablokowania podwozia w pozycji złożonej | TAK/NIE |  |
| 16. | Obciążenie dopuszczalne noszy min. 250 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | TAK, podać |  |
| 17. | Waga oferowanych noszy max. 45 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); | TAK, podać |  |
| **Gwarancja i rękojmia zgodnie z rozdziałem XIX SWZ** |
| 1. | Na silnik – z limitem 200 000 km min. 36 m-cy, max. 60 m-cy. Podać okres gwarancji/zgodnie z okresem podanym w formularzu oferty - załącznik do SWZ/ | TAK, podać |  |
| 2. | Na powłokę lakierniczą – bez limitu kilometrów. min. 24 m-cy, max. 48 m-cy. . Podać okres gwarancji/zgodnie z okresem podanym w formularzu oferty - załącznik do SWZ/ | TAK, podać |  |
| **Informacje dodatkowe** |
| 1. | Wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski uprawnionych do napraw gwarancyjnych | TAK, podać |  |
| 2. | Szkolenie kierowców w dniu dostawy | TAK/NIE |  |
| **Krzesło kardiologiczne – składane płozowe**  |
| 1. | Minimalny udźwig: 220kg | TAK, podać |  |
| 2. | Wyposażone w gąsiennicowy system płozowy umożliwiający bezpieczne poruszanie się z pacjentem po schodach | TAK/NIE |  |
| 3. | Wysuwane uchwyty przednie | TAK/NIE |  |
| 4. | Składane uchwyty tylne | TAK/NIE |  |
| 5. | Wysuwany uchwyt ramy oparcia w minimum czterech położeniach | TAK, podać |  |
| 6. | Pasy bezpieczeństwa | TAK/NIE |  |
| 7. | 4 koła w tym 2 skrętne, tylne (z hamulcem) | TAK/NIE |  |
| 8. | Krzesełko składa się do transportu | TAK/NIE |  |
| 9. | Gabaryt siedziska: około 39x41 cm, złożony: około 50x22x95, rozłożony: około 50x100 (117) x145 cm  | TAK, podać |  |
| 10. | Waga: max 15 kg | TAK, podać |  |

**UWAGA :**

Występujące w tabelach parametry należy traktować jako minimum. Dopuszcza się składanie ofert na ambulans o lepszych parametrach, a przynajmniej równoważne pod każdym względem.

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

**podpis**

**elektroniczny kwalifikowany**

lub podpis **zaufany** lub **osobisty**

osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnik