**Formularz warunków technicznych,** *dodatek nr III do siwz*

**Załącznik nr 2 do oferty**

Znak Sprawy: SPZOZEPII/23/01/14

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

 *pieczęć firmowa Oferenta*

**FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

**(opis przedmiotu zamówienia)**

(Pełna nazwa Oferenta)

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

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

Składając ofertę do Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Koscianie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nadwuetapową dostawę ambulansu sanitarnego typu C z wyposażeniem medycznym w podziale na zadania oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia charakteryzuje się następującymi parametrami:

**Zadanie 1: Dostawa ambulansu.**

Marka, typ, model pojazdu bazowego …………………………………………………………………………………………………....

Rok produkcji pojazdu bazowego …………………………………………………………………………………………………....

Ambulans spełnia wymagania określone w polskiej normie PN-EN 1789 typ ambulansu C (lub normy równoważnej) i w normie PN EN 1865 zakresie odpowiednim do przedmiotu (zakresu) prowadzonego postępowania.

Ambulans (spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszej SIWZ) posiada dokument/ certyfikat potwierdzający pozytywnie przeprowadzone dynamiczne badania wytrzymałościowe (kompleksowe testy zderzeniowe całego ambulansu a nie poszczególnych jego elementów) wykonane przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z normą PN-EN 1789, który jest załącznikiem do naszej oferty.

**ETAP I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry wymagane** | **TAK/NIE\*** | **Parametry oferowane\***  |
| **A. WYMAGANIA DOTYCZĄCE POJAZDU BAZOWEGO I W ZAKRESIE ADAPTACJI NA AMBULANS** |
|  **1. NADWOZIE** |
| 1. Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony
 |  |  |
| 1. Przystosowany do przewozu min. 5 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach (podać ilość osób)
 |  |  |
| 1. Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki , wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł kąt otwarcia min 250 stopni
 |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |
| 1. Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu ze stopniem stałym wewnętrznym
 |  |  |
| 1. Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze
 |  |  |
| 1. Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny
 |  |  |
| 1. Kolor nadwozia biały zgodnie z PN EN 1789
 |  |  |
| 1. Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami zewnętrznego schowka) sterowany pilotem
 |  |  |
| 1. Autoalarm
 |  |  |
| 1. Immobilizer
 |  |  |
| 1. Okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą
 |  |  |
| 1. Izolacja termiczna i akustyczna ścian
 |  |  |
| 1. Fabryczny zbiornika paliwa o pojemności min. 75 litrów
 |  |  |
| 1. Czujnik deszczu
 |  |  |
| 1. Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy
 |  |  |
|  **II. Silnik** |
| 1. Turbodiesel o pojemności min. 1900 cm³
 |   |   |
| 1. Spełniający wymagania normy Euro 5
 |  |  |
| 1. Moc silnika min 160 KM
 |  |  |
| 1. Skrzynia biegów manualna synchronizowana min 7 biegów w tym wsteczny
 |  |  |
| 1. Napęd na koła tylne lub przednie
 |  |  |
| 1. System zapobiegający poślizgowi kół napędowych ASR lub równoważny
 |  |  |
| 1. Moment obrotowy nie mniejszy niż 350 Nm
 |  |  |
|  **III. UKŁAD HAMULCOWY** |
| 1. Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania
 |  |   |
| 1. Wspomaganie układu hamulcowego
 |  |  |
| 1. System wspomagania nagłego hamowania
 |  |  |
| 1. System rozdziału siły hamowania
 |  |  |
|  **IV. UKŁAD KIEROWNICZY** |
| 1. Ze wspomaganiem
 |  |   |
|  **V. ZAWIESZENIE** |
| 1. Stabilizator osi przedniej i tylnej (fabryczny)
2. System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny
3. Zawieszenie zapewniające przyczepność kół do podłoża ,oraz komfort transportu chorego
 |   |   |
|  **VI. KOŁA I OGUMIENIE** |
| 1. Komplet kół ( 4 szt.) z oponami zimowymi.
 |  |   |
| 1. Rozmiar felg min. 16 cali
 |  |  |
| 1. Dodatkowy komplet opon letnich ( 4 szt.)
 |  |  |
|  **VII. OGRZEWANIE I WENTYLCJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. Ogrzewanie przedziału medycznego cieczą chłodzącą silnik – nagrzewnica w przedziale medycznym
 |  |   |
| 1. Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny z sieci 230V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 1,8 kW (podać markę i model oraz moc oferowanego urządzenia)
 |  |  |
| 1. Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału medycznego o mocy min. 5,0 kW, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem (podać markę i model urządzenia)
 |  |  |
| 1. Mechaniczna wentylacja nawiewno- wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podać wydajność w m3/godzinę)
 |  |  |
| 1. Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego;
 |  |  |
|  **VIII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. Wzmocniony alternator (podać wydajność w A)
 |  |  |
| 1. Dwa akumulatory -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 do sieci 230 V-widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów ,z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek( podać pojemność akumulatorów)
 |  |  |
| 1. 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 akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju
 |  |  |
| 1. Minimum 2 gniazda 230 V w przedziale medycznym z bezpiecznikami zabezpieczającymi
 |  |  |
| 1. Gniazda zasilające 12V w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem , wyposażone we wtyki ; min 4 gniazda zasilające 12V,
 |  |  |
| 1. Przewód zasilania zewnętrznego min. 7 m
 |  |  |
| 1. Grzałka zasilana z sieci 230V w układzie chłodzenia silnika (w bloku silnika)
 |  |  |
| 1. Inwertor prądu stałego 12V na zmienny sinusoidalny 230V o mocy min. 1000 W, umożliwiający zasilanie urządzeń 230 V w trakcie jazdy ambulansu
 |  |  |
|  **IX. OZNAKOWANIE POJAZDU** |
| 1. Belka świetlna typu LED zamontowana w przedniej części pojazdu z możliwością nadawania komunikatów głosem (głośnik zamontowany w pasie przednim).
 |  |   |
| 1. 2 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej
 |  |  |
| 1. Belka świetlna typu LED zamontowana w tylnej części dachu.
 |  |  |
| 1. Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu
 |  |  |
| 1. Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia
 |  |  |
| 1. Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu
 |  |  |
| 1. Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. oraz logo Szpitala po uzgodnieniu z Zamawiającym
 |  |  |
| 1. Pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.

a) pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) pas odblaskowy z foli typu 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachuc) pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) |  |  |
|  **X. OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. Światło rozproszone (świetlówki) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego - min. 6 punktów świetlnych (podać ilość punktów świetlnych)
 |  |  |
| 1. Oświetlenie punktowe (regulowane, halogenowe punkty świetlne nad noszami w suficie)
 |  |  |
| 1. Włączenie /wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego
 |  |  |
| 1. Halogen zainstalowany nad blatem roboczym
 |  |  |
|  **XI. WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, zapewniający możliwość przewożenia drobnego wyposażenia medycznego (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na klucz schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami)
 |  |  |
| 1. Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania 2 szt. walizek lub toreb medycznych z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną
 |  |  |
| 1. Uchwyty do kroplówek mocowane w suficie ; min. 3 sztuki)
 |  |  |
| 1. Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia
 |  |  |
| 1. Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga ( o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu ( podać markę i model podstawy oraz załączyć folder wraz z opisem). Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związanej z brakiem zasilania.
 |  |  |
| 1. Szyna do mocowania sprzętu na ścianie bocznej typu „Modura” (podać długość szyny w cm)
 |  |  |
| 1. Panel sterujący:

- informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu- z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)- informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu- sterujący oświetleniem przedziału medycznego- sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego- zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury |  |  |
|  **XII. CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA I PRÓŻNIOWA** |
| 1. Podwójny Punkt poboru typu AGA na ścianie bocznej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej
 |  |  |
| 1. Butla tlenowa o pojemności 1500 l (2 x 10 l pod ciśnieniem 150 atm. ,) – 2 szt,
 |  |  |
| 1. Reduktor tlenowy do butli 10 l (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy; manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi) instalacja tlenowa umożliwiająca zasilanie paneli tlenowych z obu butli jednocześnie lub po wypięciu jednej butli z instalacji – 2 szt.
 |  |  |
| 1. Centralna instalacja próżniowa składająca się z: pompy, punktu poboru wyposażonego w regulację siły ssania oraz manometr podciśnienia, słoja na wydzielinę wraz z kompletem przewodów.
 |  |  |
|  **XIII. OŚWIETLENIE SPECJALNE** |
| 1. Reflektory zewnętrzne 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
 |  |  |
|  **XIV. SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA**  |
| 1. Sygnał dźwiękowy modulowany
 |  |   |
| 1. Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej ( podać markę i model)
 |  |  |
|  **XV. ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |
| 1. Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania radiotelefonu przewoźnego
 |  |  |
| 1. Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu
 |  |  |
| 1. Wmontowana dachowa antena do podłączenia radiotelefonu o parametrach:
 |  |  |
| * 1. zakres częstotliwości 168-170 MHz
 |  |  |
| * 1. impedancja wejścia 50 Ohm
 |  |  |
| * 1. współczynnik fali stojącej 1,6
 |  |  |
| * 1. charakterystyka promieniowania dookólna
 |  |  |
|  **XVI. WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki
 |  |  |
| 1. Fotel kierowcy regulowany w min 3 płaszczyznach z podłokietnikiem zgodnie z PN EN 1789 + regulacja oparcia lędźwiowa
 |  |  |
| 1. Urządzenie do wybijania szyb
 |  |  |
| 1. Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym
 |  |  |
| 1. Kosz na śmieci
 |  |  |
| 1. Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa
 |  |  |
| 1. Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy
 |  |  |
| 1. Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne z kierunkowskazem bocznym
 |  |  |
| 1. Światła przeciwmgielne przednie
 |  |  |
| 1. Poduszka powietrzna kierowcy i pasażera; poduszki boczne oraz kurtyny nadokienne
 |  |  |
| 1. Radioodtwarzacz CD MP3
 |  |  |
| 1. Kabina kierowcy 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- ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego- sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowychpneumatycznych |  |  |
| 1. Pojedynczy fotel pasażera
 |  |  |
| 1. Przednie i tylne czujniki parkowania z wizualizacją odległości od przeszkody w lusterkach zewnętrznych.
 |  |  |
| 1. Przednia szyba ogrzewana elektrycznie
 |  |  |
|  **XVII. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |
| 1. Długość przedziału medycznego ; min. 325 cm
 |  |  |
| 1. Szerokość przedziału medycznego ; min. 170 cm
 |  |  |
| 1. Wysokość przedziału medycznego ; min. 185 cm
 |   |   |
| 1. Dwa obrotowe miejsca siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia pod plecami, fotele klasy M1 (podać markę, model,).
 |  | . |
| 1. Fotel usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem i pasem bezwładnościowym trzypunktowym, z regulowanym kątem oparcia pod plecami, fotel klasy M1 (podać markę, model)
 |  |  |
| 1. Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne
 |  |   |
| 1. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian
 |  |  |
| 1. Ściany boczne, sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym
 |  |  |
| 1. Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przeszkloną przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami o wysokości min. 180 cm);
 |  |  |
| 1. Miejsce mocowania defibrylatora ZOLL M Series umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt zamawiającego)
 |  |  |
| 1. Miejsce mocowania respiratora PARAPAC 2 D umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt zamawiającego)
 |  |  |
| 1. Miejsce mocowania pompy infuzyjnej umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt zamawiającego)
 |  |  |
| 1. Miejsce mocowania ssaka akumulatorowgo (uchwyt zamawiającego)
 |  |  |
| 1. Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem
 |  |  |
| 1. Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu
 |  |  |
| 1. Logotyp, nazwa zamawiającego po uzgodnieniu
 |  |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
| 1. Załączyć świadectwo homologacji na pojazd skompletowany jako – M1/samochód specjalny sanitarny typ C (bez załączników
 |  |  |
| 1. Pojazd fabrycznie nowy, nie eksploatowany, z roku produkcji min. 2013 , bez limitu kilometrów.
 |  |  |
| 1. Termin dostawy max. 30 dni od daty podpisania umowy
 |  |  |
| 1. Przeszkolenie personelu w zakresie eksploatacji ambulansu i wyposażenia medycznego .
 |  |  |
|  **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** |  |  |
| Gwarancja mechaniczna(silnik i podzespoły) min. 24 miesiące |  |  |
| Gwarancja na powłokę lakierniczą min. 24 miesiące |  |  |
| Gwarancja na perforację nadwozia min. 144 miesiące |  |  |
| Gwarancja na zabudowę medycznej ambulansu min. 24 miesiące |  |  |
| Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 miesiące |  |  |
| Zamontowanie przez użytkownika dodatkowego sprzętu i urządzeń nie skutkuje utratą gwarancji na zabudowę przedziału medycznego. |  |  |
| Czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki max. 48 h, , natomiast w czasie np. ustawowo wolnym od pracy, czas oczekiwania na reakcję serwisu nie będzie przekraczał 72h |  |  |
| Bezpłatne przeglądy wyposażenia przedziału medycznego w okresie gwarancji potwierdzone wpisem w paszporcie, co 12- m-cy |  |  |
| Naprawy gwarancyjne zabudowy medycznej, wyposażenia i sprzętu medycznego wykonywane będą w siedzibie Zamawiającego, za wyjątkiem zakresów wymagających wizyty w warsztacie Serwisanta. Zgłoszenie awarii bądź usterki nastąpi telefoniczne, e-mail, lub faksem |  |  |
| Serwis pojazdu realizowany w najbliższym ASO dla siedziby Zamawiającego: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać) |  |  |
| Serwis zabudowy realizowany przez: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać) |  |  |
| Serwis sprzętu medycznego realizowany przez: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać) |  |  |
| Pełne ubezpieczenie samochodu OC, NW, AC na okres 12 miesięcy |  |  |

Oświadczam, że oferowany w przetargu asortyment jest fabrycznie nowy, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez konieczności jakichkolwiek dodatkowych zakupów i inwestycji.

Niespełnienie warunku wymaganego, brak wpisu w kolumnie „Oferowane parametry/warunki” będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

podpis osoby upoważnionej (Oferenta) ....................................

**Formularz warunków technicznych,** *dodatek nr III do siwz*

**Załącznik nr 2 do oferty**

Znak Sprawy: SPZOZEPII/23/01/14

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

 *pieczęć firmowa Oferenta*

**FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH**

**(opis przedmiotu zamówienia)**

(Pełna nazwa Oferenta)

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

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

Składając ofertę do Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nadwuetapową dostawę ambulansu sanitarnego typu C z wyposażeniem medycznym w podziale na zadania charakteryzuje się następującymi parametrami:

**Zadanie II: Wyposażenie medyczne.**

|  |
| --- |
| 1. **Nosze główne – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć folder)** |
| 1. przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji;
 |  |   |
| 1. z materacem konturowym, profilowanym, stabilizującym;
 |  |  |
| 1. nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha;
 |  |  |
| 1. z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni;
 |  |  |
| 1. rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak;
 |  |  |
| 1. z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy;
 |  |  |
| 1. z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej – potwierdzenie producenta o kompatybilności z oferowanymi noszami transportowymi;
 |  |  |
| 1. nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą;
 |  |  |
| 1. ze składanymi poręczami bocznymi, z rączkami o regulowanej długości do przenoszenia, z dodatkowym zestawem składanych rączek bocznych do przenoszenia noszy w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych;
 |  |  |
| 1. z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy;
 |  |  |
| 1. nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi;
 |  |  |
| 1. z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu , przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych;
 |  |  |
| 1. Składany wieszak na kroplówki
 |  |  |
| 1. Jednorazowe prześcieradło z gumką na materac
 |  |  |
| 1. dopuszczalne obciążenie noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg)
 |  |  |
| 1. waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg);
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. Wyrób spełnia WYMOGI NORMY PN-EN 1789+A1 I PN-EN 1865-1) 14. Deklaracje zgodności oraz certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na oferowany system transportowy (nosze i transporter) – załączyć do oferty
 |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Transporter noszy głównych – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć folder)** |
| 1. System automatycznego składania / rozkładnia podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków itp.;
 |  |   |
| 1. z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami;
 |  |  |
| 1. regulacja wysokości w min sześciu poziomach;
 |  |  |
| 1. możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia);
 |  |  |
| 1. wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenia 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);
 |  |  |
| 1. min. dwa kółka tylne wyposażone w hamulce
 |  |  |
| 1. system mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789
 |  |  |
| 1. dodatkowy system zabezpieczający przed złożeniem podwozia w trakcie załadunku transportera do ambulansu, w przypadku gdy kółka najazdowe transportera nie opierają się na podstawie a zwolniony jest mechanizm składający podwozie;
 |  |  |
| 1. dodatkowy system zabezpieczający przed wyjazdem transportera z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i zablokowania do jazdy podwozia transportera;
 |  |  |
| 1. obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg);
 |  |  |
| 1. waga transportera max. 28 kg (podać wagę transportera w kg);
 |  |  |
| 1. transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą , Licznik wskazujący konieczność wykonania przeglądu serwisowego tzn. pokazujący ilość cykli: złożone /rozłożone podwozie transportera noszy
 |  |  |
| 1. transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi;
 |  |  |
| 1. Wyrób spełnia WYMOGI NORMY PN-EN 1789+A1 I PN-EN 1865-1) 14deklaracje zgodności oraz certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na oferowany system transportowy (nosze i transporter) – załączyć do oferty;
 |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **UPRZĄŻ TRANSPORTOWA DLA DZIECI – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć folder)** |
| 1. Uprząż transportowa na nosze
 |  |   |
| 1. Możliwość zabezpieczenia dzieci od 4,5 do min. 18 kg
 |  |  |
| 1. Wykonana z materiału łatwo zmywalnego
 |  |  |
| 1. Mocowana do ramy noszy w trzech punktach za pomocą pasów
 |  |  |
| 1. Mocowanie dziecka za pomocą pasów o regulowanej długości
 |  |  |
| 1. Pokrowiec do przechowywania uprzęży
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **Krzesełko transportowe – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć folder)** |
| 1. Rama krzesła wykonana z materiału zabezpieczonego przed korozją przystosowana do dezynfekcji
 |  |   |
| 1. Wyposażone w 4 kółka jezdne z czego 2 przednie skrętne w zakresie 360 stopni wyposażone w hamulce
 |  |  |
| 1. Wyposażone w przednie składane rączki transportowe z regulacją długości, z możliwością ustawiana ich na min 2 poziomach wysokości
 |  |  |
| 1. Wyposażone w dwie pary składanych tylnych rączek transportowych
 |  |  |
| 1. Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu
 |  |  |
| 1. Siedzisko wykonane z mocnego materiału , odpornego na bakterie i grzyby, zmywalnego, dezynfekowalnego, odpornego na wodę oraz na olej napędowy
 |  |  |
| 1. Wyposażone w 2 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie
 |  |  |
| 1. Waga max. 10 kg
 |  |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne min 155 kg
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Defibrylator – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| 1. Defibrylator półautomatyczny
 |  |  |
| 1. Zasilanie bateryjne, baterie ogólnodostępne w handlu - minimum 300 defibrylacji lub min. 5 lat żywotności
 |  |  |
| 1. Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci poniżej 8 roku życia, osobny protokół energetyczny dla dorosłych i dla dzieci / automatyczne rozpoznawanie rodzaju podłączonych elektrod i zmiana protokołu
 |  |  |
| 1. Aparat odporny na:
	1. działanie kurzu i wilgoci (min. klasa IP55 wg IEC 529),
	2. niską i wysoką temperaturę (praca w min. 0-50ºC, przechowywanie -20 do +60ºC),
	3. uderzenia i wstrząsy (minimum spełnienie wymogów norm IEC 68−2−27; 100G )
 |  |  |
| 1. Ciężar aparatu max 3,5 kg
 |  |  |
| 1. Dwufazowa fala defibrylacji
 |  |  |
| 1. Energia maksymalna defibrylacji 200J
 |  |  |
| 1. Możliwość programowania poziomów energii
 |  |  |
| 1. Defibrylacja przy pomocy elektrod jednorazowych naklejanych na klatkę piersiową
 |  |  |
| 1. Ekran typu LCD:
	1. wyświetlanie krzywej EKG,
	2. wyświetlanie liczby wykonanych defibrylacji i komunikatów tekstowych
 |  |  |
| 1. Funkcja codziennego automatycznego testu
 |  |  |
| 1. Stale widoczny wskaźnik sprawności aparatu, nie wymagający włączania urządzenia
 |  |  |
| 1. Pamięć wewnętrzna z możliwością bezprzewodowej transmisji danych do komputera
 |  |  |
| 1. Funkcja wspomagania resuscytacji krążeniowo-oddechowej z informacją zwrotną o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć, zgodnie z Wytycznymi 2010 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej
 |  |  |
| 1. Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej zgodnie z Wytycznymi 2010 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej
 |  |  |
| 1. Prezentacja graficzna na ekranie wykresu słupkowego głębokości uciśnięć klatki piersiowej ze znacznikiem na poziomie 5 cm, zgodnie z Wytycznymi 2010 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej
 |  |  |
| 1. Elektrody samoprzylepne dla dorosłych – 1 komplet
 |  |  |
| 1. Pokrowiec na defibrylator z dodatkową kieszenią do przechowywania zapasowych elektrod
 |  |  |
| 1. Komunikaty tekstowe i głosowe wskazujące wszystkie kroki kompletnego algorytmu BLS / AED, zgodnie z „Wytycznymi 2010” Europejskiej Rady Resuscytacji
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **SSAK AKUMULATOROWY PRZENOŚNY–1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć folder)** |
| 1. ssak elektryczny przenośny, zasilany z sieci 12V DC i wewnętrznego akumulatora, możliwość ładowania akumulatora z sieci 230V
 |  |  |
| 1. wyposażony w uchwyt do przenoszenia
 |  |  |
| 1. Obudowa wykonana z tworzywa ABS o wysokiej odporności
 |  |  |
| 1. 1 zbiornik wielorazowy o pojemności min 1[l] na odsysane płyny wykonany z materiału nietłukącego i sterylizowany w temp 121ºC
 |  |  |
| 1. wydajność ssania min 22 [l/min]
 |  |  |
| 1. płynna regulacja podciśnienia do 80kPa
 |  |  |
| 1. czas pracy na zasilaniu akumulatorowym – minimum 40 minut
 |  |  |
| 1. wielostopniowe zabezpieczenie przed przenikaniem płynów do wnętrza aparatu (zabezpieczenie pompy)
 |  |  |
| 1. ciężar z pełnym wyposażeniem max 3,5 kg
 |  |  |
| 1. wyposażony:
 |  |  |
| * 1. przewód ssący silikonowy
 |  |  |
| * 1. filtry p/bakteryjny- 7 SZT.
 |  |  |
| * 1. uchwyt ścienny z systemem zasilania, z atestem na obciążenia min 10G
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **SSAK NOŻNY – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| 1. pojemność min. 600 ml.
 |  |  |
| 1. wyposażony w torbę z uchwytami transportowymi do przenoszenia.
 |  |  |
| 1. wydajność min. 100 ml/sek, średni przepływ roboczy min 40 l/min.
 |  |  |
| 1. podciśnienie co najmniej 80 kPa.
 |  |  |
| 1. możliwość uruchamiania nogą (stopą).
 |  |  |
| 1. przystosowany do sterylizacji.
 |  |  |
| 1. waga do max 2 kg.
 |  |  |
| 1. CIŚNIENIOMIERZ ZEGAROWY NA SZYNĘ TYPU MODURA
 |  |  |
| 1. Ciśnieniomierz ręczny
 |  |  |
| 1. Manometr zegarowy
 |  |  |
| 1. Tarcza manometru o szerokości min. 15 cm
 |  |  |
| 1. Zakres pomiarowy min. 0 – 300 mmHg
 |  |  |
| 1. Potwierdzona dokładność ±3 mm Hg
 |  |  |
| 1. Dożywotnia gwarancja kalibracji
 |  |  |
| 1. Mankiet wielorazowy wykonany z tworzywa sztucznego – zapinany na rzep, przystosowany do mycia i dezynfekcji poprzez całkowite zanurzenie, z powłoką antybakteryjną, niezawierający lateksu, przewód mankietu obrotowy o 360º, łatwa wymiana mankietu na inny rozmiar, bez odkręcania przewodów , mankiety dla pacjentów pediatrycznych i dorosłych, min 6 rozmiarów, w tym 1 szt. o dł 60 cm
 |  |  |
| 1. Zestaw do montażu ciśnieniomierza na szynie typu modura
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **UNIERUCHOMIENIE PEDIATRYCZNE**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| 1. Deska ortopedyczna pediatryczna
 |  |  |
| 1. Przeznaczona do zabezpieczenia poszkodowanych do lat 10
 |  |  |
| 1. Przenikliwa dla promieni X
 |  |  |
| 1. Wyposażona w zintegrowany (wbudowany) system pediatrycznego unieruchomienia głowy
 |  |  |
| 1. System kodowanych kolorami pasów zabezpieczających
 |  |  |
| 1. Wbudowane min 4 uchwyty do przenoszenia
 |  |  |
| 1. System mocowania na noszach głównych w ambulansie
 |  |  |
| 1. Długość min 120cm
 |  |  |
| 1. Dopuszczalne obciążenie do min 40kg
 |  |  |
| 1. Wyposażona w pokrowiec ochronny
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **KAMIZELKA ORTOPEDYCZNA TYPU KED – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| 1. Przeznaczona do ewakuacji i transportu pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa
 |  |  |
| 1. Możliwości zastosowania:
 |
| * 1. Unieruchomienie kręgosłupa na całej jego długości
 |  |  |
| * 1. Ewakuacja z trudno dostępnych miejsc (rozbite pojazdy, wąskie przestrzenie ) pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa
 |  |  |
| 1. W zestawie:
 |  |  |
| * 1. kamizelka ortopedyczna
 |  |  |
| * 1. wypełnienie krzywizny kręgosłupa
 |  |  |
| * 1. dwa paski mocujące głowę
 |  |  |
| * 1. pokrowiec transportowy
 |  |  |
| 1. pokrycie – wzmacniany, łatwo zmywalny, odporny na przetarcia materiał
 |  |  |
| 1. listwy usztywniające
 |  |  |
| 1. wbudowane nylonowe pasy spinające
 |  |  |
| 1. Pasy spinające o regulowanej długości, min. 6 par
 |  |  |
| 1. różnokolorowe pasy spinające tułów
 |  |  |
| 1. pasy biodrowe
 |  |  |
| Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty. |  |  |
| 1. **NOSZE PODBIERAJĄCE – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| 1. Łopaty wykonane z aluminium
 |  |  |
| 1. System zamków zabezpieczających przed przypadkowym rozdzieleniem noszy przez obsługę /wyposażony w tzw podwójną zapadkę /
 |  |  |
| 1. Wielostopniowa regulacja długości
 |  |  |
| 1. Możliwość złożenia do transportu
 |  |  |
| 1. Min. 6 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia
 |  |  |
| 1. Konstrukcja zabezpieczona przed wnikaniem płynów i materiału zakaźnego
 |  |  |
| 1. Min. 3 pasy zabezpieczające mocowanie pacjenta do noszy
 |  |  |
| 1. Nośność co najmniej 150kg
 |  |  |
| 1. Waga do 10 kg
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **PŁACHTA RATOWNICZA – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| 1. Płachta ewakuacyjna przeznaczona do transportu i ewakuacji osób w pozycji leżącej, w ciasnych, wąskich przestrzeniach
 |  |  |
| 1. Wykonana z wytrzymałego, łatwo zmywalnego tworzywa, nie przyjmującego krwi, brudu ani materiałów ropopochodnych
 |  |  |
| 1. Wyposażona w min. 8 uchwytów transportowych
 |  |  |
| 1. Udźwig min. 200 kg
 |  |  |
| 1. Minimalne wymiary: szerokość min. 70Cm, długość min. 180cm
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| 1. **SPRZĘT POZOSTAŁY**
 |
| 1. Zestaw do konikotomii typu Quicktrach przeznaczony dla dzieci – 1 szt. , podać markę u typ, rok produkcji załączyć folder, dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych
 |  |  |
| 1. Akumulator kwasowo – ołowiowy do defibrylatora marki Zoll - M-Series, zalecany przez producenta – 1 szt., podać markę u typ, rok produkcji załączyć folder, dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych,
 |  |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
| 1. Termin dostawy 21 dni od daty podpisania umowy
 |  |  |
| 1. Przeszkolenie personelu w zakresie eksploatacji wyposażenia medycznego .
 |  |  |
|  **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** |  |  |
| 1. Gwarancja na wyposażenie medyczne min. 24 miesiące
 |  |  |
| 1. Czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki max. 48 h, , natomiast w czasie np. ustawowo wolnym od pracy, czas oczekiwania na reakcję serwisu nie będzie przekraczał 72h
 |  |  |
| 1. Naprawy gwarancyjne wyposażenia medycznego wykonywane będą w siedzibie Zamawiającego, za wyjątkiem zakresów wymagających warsztatu Serwisanta. Zgłoszenie awarii bądź usterki nastąpi telefoniczne, e-mail, lub faksem
 |  |  |
| 1. Bezpłatne przeglądy wyposażenia medycznego w okresie gwarancji potwierdzone wpisem w paszporcie, co 12- m-cy
 |  |  |
| 1. Przy przedłużającej się naprawie dostarczamy sprzęt zastępczy
 |  |  |
| 1. Serwis sprzętu medycznego realizowany przez: nazwa firmy, adres, telefony, e-mail (podać)
 |  |  |

Oświadczam, że oferowany w przetargu asortyment jest fabrycznie nowy, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez konieczności jakichkolwiek dodatkowych zakupów i inwestycji.

Niespełnienie warunku wymaganego, brak wpisu w kolumnie „Oferowane parametry/warunki” będzie skutkowało odrzuceniem oferty.

podpis osoby upoważnionej (Oferenta) ....................................