**Formularz warunków technicznych,**

**Załącznik nr 2A do oferty**

Znak Sprawy: SPZOZ.EPII.23.01.02.2017

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

 *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 rok produkcji 2016
 |  |  |
| 1. Przystosowany do przewozu min. 4 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 270 stopni( podać kąt)
 |  |  |
| 1. Zewnętrzny schowek (tj. podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) o wymiarach umożliwiających montaż w nim co najmniej dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzesełka kardiologicznego, deski ortopedycznej dla dorosłych, noszy podbierakowych , materaca próżniowego oraz dwóch kasków, miejsce na plecak, torby medyczne
 |  |  |
| 1. Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z dodatkowym wewnętrznym uchwytem, z otwieraną szybą, Przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Kąt obrotu stopnia min. 90°. Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego.
 |  |  |
| 1. Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze
 |  |  |
| 1. Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny pokryty blachą ryflowaną
 |  |  |
| 1. Chlapacze kół przednich i tylnych
 |  |  |
| 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. Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy oraz przedziale medycznym widoczna dla kierowcy
 |  |  |
| 1. Fotel kierowcy regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem
 |  |  |
| 1. Fotel pasażera regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem
 |  |  |
| 1. Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera
 |  |  |
| 1. Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy
 |  |  |
| 1. Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne z wbudowanym kierunkowskazem
 |  |  |
| 1. Światła przeciwmgielne przednie
 |  |  |
| 1. Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy z filtrem przeciw pyłkowym
 |  |  |
| 1. Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów
 |  |  |
| 1. Minimum dwa fabryczne gniazda USB w kabinie kierowcy
 |  |  |
| 1. Czujnik światła
 |  |  |
| 1. Tempomat i elektroniczny ogranicznik prędkości umożliwiający utrzymanie stałej prędkości pojazdu lub jej ograniczenie.
 |  |  |
| 1. Drzwi przednie ze schowkami min. 4
 |  |  |
| 1. Maksymalna długość całkowita pojazdu do 5550 cm
 |  |  |
| 1. Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą
 |  |  |
|  **II. Silnik** |
| 1. Turbodiesel o pojemności min. 2100 cm³ max 2500 cm3
 |   |   |
| 1. Spełniający wymagania normy Euro 5b+
 |  |  |
| 1. Moc silnika min. 120 kW(podać moc w KM oferowanego silnika oraz moment obrotowy w Nm)
 |  |  |
| 1. Skrzynia biegów min manualna synchronizowana min. 6 przełożeń (podać ilość biegów)
 |  |  |
| 1. Napęd wałka rozrządu za pomocą łańcucha ( nie dopuszcza się napędu za pomocą paska ze względu na dużą usterkowość)
 |  |  |
| 1. Napęd na koła przednie
 |  |  |
| 1. System zapobiegający poślizgowi kół napędowych ASR lub równoważny
 |  |  |
|  **III. UKŁAD HAMULCOWY** |
| 1. Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania np. EBV
 |  |   |
| 1. Wspomaganie układu hamulcowego
 |  |  |
| 1. System wspomagania nagłego hamowania
 |  |  |
| 1. System rozdziału siły hamowania
 |  |  |
|  **IV. UKŁAD KIEROWNICZY** |
| 1. Ze wspomaganiem
 |  |   |
| 1. Regulowana kolumna kierownicy
 |  |  |
|  **V. ZAWIESZENIE** |
| 1. System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lub równoważny
 |   |   |
| 1. Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę
 |  |  |
|  **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. Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik, umożliwiająca wykorzystanie niezależnego od pracy silnika ogrzewania postojowego do ogrzewania przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe zarówno przy włączonym jak i wyłączonym silniku pojazdu, ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem
 |  |   |
| 1. Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny z sieci 230V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 2,1 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 min 185 A (podać wydajność w A)
 |  |  |
| 1. Dwa akumulatory Pojemność pojedynczego akumulatora min.. 80 Ah -jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak , aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek( podać pojemność akumulatorów)
 |  |  |
| 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 3 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, ( podać ilość )
 |  |  |
|  **IX. OZNAKOWANIE POJAZDU** |
| 1. W przedniej części pojazdu belka świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do doświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlanym z napisem AMBULANS.
 |  |   |
| 1. 2 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej
 |  |  |
| 1. W tylnej części pojazdu lampa świetlna typu LED koloru niebieskiego
 |  |  |
| 1. Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu
 |  |  |
| 1. Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia
 |  |  |
| 1. Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikropryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim
 |  |  |
| 1. Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu
 |  |  |
| 1. Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.
 |  |  |
| 1. Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu
 |  |  |
| 1. Pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.
 |  |  |
|  **X. OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego
 |  |  |
| 1. Oświetlenie punktowe (regulowane, halogenowe punkty świetlne nad noszami w suficie)
 |  |  |
| 1. Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego
 |  |  |
| 1. Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nad blatem roboczym
 |  |  |
| 1. Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem
 |  |  |
|  **XI. WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów(w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przeźroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek.
 |  |  |
| 1. Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną
 |  |  |
| 1. Uchwyty do kroplówek mocowane w suficie ; (min. 4 sztuki) podać ile szt.
 |  |  |
| 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. Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznego wykonane z blachy, regulowane
 |  |  |
| 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
 |  |  |
| * Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego
 |  |  |
| * Szczegóły dotyczące zabudowy przedziału medycznego (szafki, rozmieszczenie sprzętu, dodatkowe uchwyty) zostaną ustalone po podpisaniu umowy.
 |  |  |
|  **XII. CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA I PRÓŻNIOWA** |
| 1. Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej
 |  |  |
| 1. Butla tlenowa o pojemności 1500 l (2 x 10 l pod ciśnieniem 150 atm. ,) – 2 szt.,
 |  |  |
| 1. Punkt poboru na suficie typu AGA z wtykiem do podłączeń zewnętrznych
 |  |  |
| 1. Miejsce na dwie butle tlenowe o pojemności 10 l w schowku zewnętrznym
 |  |  |
|  **XIII. OŚWIETLENIE SPECJALNE** |
| 1. Oświetlenie zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu (tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego
 |  |  |
|  **XIV. SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA**  |
| 1. Sygnał dźwiękowy modulowany
 |  |  |
| 1. Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej ( podać markę i model) z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów
 |  |  |
|  **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
 |  |  |
| * 1. zamontowana w sposób umożliwiający serwisowanie
 |  |  |
|  **XVI. WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki
 |  |  |
| 1. Urządzenie do wybijania szyb
 |  |  |
| 1. Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym
 |  |  |
| 1. Kosz na śmieci min. 2 szt.
 |  |  |
| 1. Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa
 |  |  |
| 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 dźwiękowych pneumatycznych
 |  |  |
| * wyświetlacz w technologii LCD
 |  |  |
| * Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego
 |  |  |
|  **XVII. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |
| 1. Długość przedziału medycznego min. 300 cm (podać długość przedziału medycznego w cm)
 |  |  |
| 1. Szerokość przedziału medycznego ; min. 170 cm (podać szerokość przedziału medycznego w cm)
 |  |  |
| 1. Wysokość przedziału medycznego min.182 cm (podać wysokość przedziału medycznego w cm)
 |   |   |
| 1. Jedno obrotowe o kąt min. 90o miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 (podać markę , model, załączyć protokół z badań wytrzymałościowych). Nie dopuszcza się foteli innych niż wymienione w badaniach homologacyjnych. (potwierdzić).
 |  | . |
| 1. Fotel u wezgłowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym
 |  |  |
| 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 przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami). W świetle przejścia próg o wys. Min. 10 cm.
 |  |  |
| 1. Ampulatorium pleksowe zamontowane na zewnątrz szafek lub półek
 |  |  |
| 1. Miejsce mocowania defibrylatora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt zamawiającego)
 |  |  |
| 1. Miejsce mocowania respiratora 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
 |  |  |
|  |  |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
| 1. Załączyć świadectwo homologacji typu pojazdu WE na pojazd skompletowany jako – M1 (bez załączników)
 |  |  |
| 1. Pojazd fabrycznie nowy, nie eksploatowany, z roku produkcji min. 2016 , bez limitu kilometrów.
 |  |  |
| 1. Termin dostawy max. 90 dni od daty podpisania umowy
 |  |  |
| 1. Przeszkolenie personelu w zakresie eksploatacji ambulansu i wyposażenia medycznego .
 |  |  |
|  **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** |  |  |
| 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 |  |  |

ZESTAWIENIE OCENIANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Parametry punktowane | Punktacja | Tak/Nie\* | Parametr oferowany\* |
|  | AMBULANS TYPU C  |
| 1 | Rok produkcji 2017 r.  | TAK -20 pkt NIE – 0 pkt. |  |  |
| 2 | Moc silnika powyżej 160 KM | TAK- 20 pkt.NIE-0 pkt. |  |  |
| 3 | Fabryczny zbiornika paliwa o pojemności min. 100 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. Fabryczny tzn. montowany przez producenta samochodu bazowego. Powyżej 100 litrów (podać …………………..)  | TAK-10pktNIE-0pkt |  |  |
| 4 | Zużycie energii max. 2,6 MJ/km (podać zużycie paliwa w cyklu łączonym, według Świadectwa Zgodności WE dla pojazdu kompletnego N1). Poniżej 2,6 MJ/km (podać………….) | TAK-30 pktNIE-0pkt |  |  |
| 5 | Radioodtwarzacz fabryczny z możliwością podłączenia telefonu bezprzewodowo (Bluetooth), MP3, AUX, | TAK-10pktNIE-0pkt |  |  |
| 6 | Fabryczne reflektory przednie z funkcją doświetlania zakrętów zintegrowane z reflektorami przednimi. Fabryczne tzn. montowane przez producenta samochodu bazowego. Doświetlanie zakrętów niezależne od świateł przeciwmgielnych | TAK-10pktNIE-0pkt |  |  |
|  | **Razem maksymalnie** |  **100 pkt.** |

\*wypełnia Wykonawca

..........................., dnia .............2016 r. ...................................................

 miejscowość, data podpis, pieczątka osoby upoważnionej

do podpisania oferty

4.Gwarancja

Gwarancja – parametry oceniane :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **Oferowany ambulans\*** | **Punktacja** |
| **1.** | Przedmiot zamówienia musi mieć zapewnioną minimum: |
| **1.1.** | Gwarancję na pojazd bazowy min. 24 miesiące, bez limitu km |  | **24 miesiące-0 pkt.****36miesięcy-5pkt.****48 miesięcy i powyżej- 10pkt** |
| **1.2.** | Gwarancję na zabudowę przedziału medycznego min. 36 miesiące |  | **36 miesięcy – 0pkt.****42 miesięcy – 3pkt.****48 miesięcy i powyżej – 10 pkt** |
| **1.3.** | Gwarancję na lakier min. 24 miesiące |  | **24 miesiące-0 pkt.****30miesięcy-2pkt.****36 miesięcy i powyżej- 10 pkt** |
| **1.5.** | Gwarancję na perforację blach nadwozia min. 72 miesiące |  | **72 miesiące-0 pkt.****84miesięcy-1pkt.****96 miesięcy i powyżej- 10 pkt** |
|  | **Razem maksymalnie** |   | **50 pkt** |

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 wymogów technicznych,**

**Załącznik nr 2 B do oferty**

Znak Sprawy: SPZOZEPII/23/27/16

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

 *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 – podać markę i model, załączyć folder, potwierdzenie producenta noszy o kompatybilności noszy z zaoferowanym zestawem zabezpieczającym dzieci w trakcie transportu.

Możliwość transportu dzieci o wadze min. 5-18 kg5-punktowe pasy z możliwością regulacji długości. Mocowanie systemu do ramy noszy w trzech punktach za pomocą pasów |  |  |
| 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. wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy z wycięciami na pasy
 |  |  |
| 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. **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. 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. 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. **Krzesełko transportowe – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć folder)** |
| 1. Składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem w trakcie transportu , z kpl 3 pasów bezpieczeństwa
 |  |   |
| 1. Elastyczne pokrycie z miękkiego tworzywa sztucznego, umożliwiający szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji
 |  |  |
| 1. 4 kółka jezdne z czego min. dwa skrętne w zakresie 360 stopni i wyposażone w hamulce
 |  |  |
| 1. Teleskopowo wydłużane rączki przednie z regulacją ustawienia wysokości do znoszenia po schodach na min. 2 poziomach (podać ilość ustawień wysokości), min 2 pary składanych rączek tylnych umieszczone na 2 poziomach wysokości
 |  |  |
| 1. Waga max. 10 kg
 |  |  |
| 1. Obciążenie dopuszczalne min 155 kg
 |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych –z dnia 20.05.2010 r. załączyć do oferty
 |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Defibrylator z kardiowersją, stymulacją, pulsoksymetrią, kapnometrią, NIBP i monitorowaniem EKG z 3/12 odprowadzeń, z funkcją transmisji danych lub monitor funkcji życiowych i defibrylator z funkcją kardiowersji, stymulacji, pulsoksymetrii, kapnometrii, NIBP i monitorowaniem EKG z 3/12 odprowadzeń, z funkcją transmisji – 1 kpl**

**Marka i typ:……………………………………………………………………………….****Rok produkcji:……………………………………………………………………………****(załączyć foldery)** |
| **Parametry ogólne** |
| 1. Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze do 8 kg z kpl akumulatorów
 |  |  |
| 1. Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55
 |  |  |
| **Zasilanie** |  |
| 1. Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/ sieciowe, akumulatory ładowane automatycznie po wpięciu aparatu do uchwytu ściennego podłączonego do instalacji elektrycznej ambulansu
 |  |  |
| 1. Czas pracy na akumulatorze/ach min. 5 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią
 |  |  |
| **DEFIBRYLACJA** |  |  |
| 1. **Dwufazowa fala defibrylacji**
 |  |  |
| * w trybie AED
* w trybie ręcznym, regulacja energii w zakresie min. 2-200J , dostępne 20 min. poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej
 |  |  |
| 1. Możliwość rozbudowy o moduł łyżek zewnętrznych dla dorosłych i dla dzieci z funkcją defibrylacji / regulacji poziomu energii / monitorowania i wydruku
 |  |  |
| **MONITOROWANIE I REJESTRACJA** |  |
| 1. Prekonfigurowany tryb dorosły / dziecko/ noworodek do wyboru z poziomu głównego menu, z automatycznym ustawieniem parametrów defibrylacji i monitorowania (poziomy energii defibrylacji, granice alarmów, parametry NIBP) odpowiednich dla wybranego trybu
 |  |  |
| 1. Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6,5'' , Możliwość wyświetlenia min. 4 krzywych dynamicznych jednocześnie
 |  |  |
| 1. Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych
 |  |  |
| 1. Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek.
 |  |  |
| 1. Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne).
 |  |  |
| **EKG** |  |  |
| 1. Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i funkcją transmisji przez telefon komórkowy lub modem
 |  |  |
| 1. Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /min
 |  |  |
| 1. Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 4,0 cm/mV
 |  |  |
| **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** |  |
| 1. Tryb asynchroniczny i „na żądanie
 |  |  |
| 1. Częstość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp/min., prąd stymulacji w zakresie pomiędzy 10-140 mA
 |  |  |
| **PULSOKSYMETRIA** |  |
| 1. Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu, w kpl. czujnik klips palcowy
 |  |  |
| **NIBP** |  |
| 1. Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego min. 15-220 mmHg
 |  |  |
|  |  |  |
| **MONITOROWANIE RKO** |  |  |
| 1. Informacja zwrotna o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć. Prezentacja graficzna wykresu głębokości uciśnięć z wyraźnym zaznaczeniem docelowego zakresu 5-6 cm, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej jako zintegrowana funkcja aparatu
 |  |  |
| 1. Wyświetlanie na ekranie defibrylatora w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC
 |  |  |
| 1. Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC
 |  |  |
| 1. Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej
 |  |  |
| **KAPNOMETRIA** |  |
| 1. Monitorowanie etCO2 i respiracji u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów etCO2 min. 099 mmHg, zakres częstości oddechów min. 0-99 /minutę
 |  |  |
| **KOMUNIKACJA/ TRANSMISJA DANYCH** |  |
| 1. Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG przez dedykowany modem do wskazanych przez Zamawiającego podmiotów szpitalnych. w kpl. modem do transmisji danych (jeśli wymagany) współpracujący z dowolnym operatorem sieci GSM bez karty sim operatora sieci komórkowej.
 |  |  |
| **WYPOSAŻENIE** |  |  |
| 1. Kabel EKG 12-odprow., 1 szt.
 |  |  |
| 1. Kabel do stymulacji
 |  |  |
| 1. Czujnik SpO2 – klips palcowy 1 szt.,
 |  |  |
| 1. Przy dostawie elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min 1 kpl. i dla dzieci min. 1 kpl..
 |  |  |
| 1. Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji : standardowy dla dorosłych 1 szt.
 |  |  |
| 1. Zestaw akcesoriów do pomiaru kapnometrii dla dorosłych i dla dzieci min. 1 kpl.
 |  |  |
| 1. Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do montażu defibrylatora w ambulansie z funkcją ładowania akumulatora/ów i zasilania po wpięciu aparatu do uchwytu
 |  |  |
| **POZOSTAŁE** |  |  |
| 1. Okres gwarancji min. 24 miesiące
 |  |  |
|  |  |  |
| 1. Folder , dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. 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. 220 kg
 |  |  |
| 1. Minimalne wymiary: szerokość min. 70 cm, długość min. 185 cm
 |  |  |
| 1. Folder , Deklaracja zgodności CE , dokumenty dopuszczające do obrotu zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych - załączyć do oferty
 |  |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
| 1. Termin dostawy 45 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)
 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Parametry punktowane | Punktacja | Tak/Nie\* | Parametr oferowany\* |
|  | AMBULANS TYPU C  |
| 1 | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, synchronizowany załamkiem R elektrokardiogramu (z kabla EKG) w celu eliminacji artefaktów | TAK- 10 pkt.NIE-0 pkt. |  |  |
| 2 | Odporność aparatu na upadek z wysokości min 1,5m potwierdzone w materiałach firmowych producenta | TAK- 10 pkt.NIE- 0 pkt. |  |  |
| 3 | System automatycznego składania i rozkładania podwozia transportera przy załadunku i rozładunku noszy do karetki tzn. bez konieczności przyciskania jakichkolwiek dźwigni czy przycisków zwalniających mechanizm składania podwozia- dotyczy transportera noszy | TAK- 10 pkt.NIE- 0 pkt |  |  |
|  | **Razem maksymalnie** |  **30 pkt.** |

Gwarancja – parametry oceniane :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie** | **Oferowane**  | **Punktacja** |
| **1.** | Przedmiot zamówienia musi mieć zapewnioną minimum: |
| **1.1.** | Gwarancję na wyposażenie min. 24 miesiące, * **Nosze główne – 1 kpl**
* **Transporter noszy głównych – 1 kpl**
* **Krzesełko transportowe – 1 kpl**
* **Defibrylator z kardiowersją,**
* **PŁACHTA RATOWNICZA – 1 kpl**
 |  | **24 miesiące-0 pkt.****36miesięcy-5pkt.****48 miesięcy i powyżej- 10pkt** |

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) ....................................