**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-10pkt  NIE-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 pkt  NIE-0pkt |  |  |
| 5 | Radioodtwarzacz fabryczny z możliwością podłączenia telefonu bezprzewodowo (Bluetooth), MP3, AUX, | TAK-10pkt  NIE-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-10pkt  NIE-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 kg  5-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) ....................................