**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – SPECYFIKACJA TECHNICZNA
FORMULARZ PARAMETRÓW WYMAGANYCH
Ambulans z wyposażeniem**

Ambulans fabrycznie nowy i nieużywany. Rok produkcji 2023

Marka, typ pojazdu kompletnego (przed wykonaniem adaptacji):…………………………………………………………………………….

Marka, typ, nazwa handlowa ambulansu (pojazdu skompletowanego) czyli samochodu po wykonaniu adaptacji:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy przedziału medycznego:……………………………………………………………………………………………..

Data wydania i numer świadectwa homologacji ambulansu:………………………………………………………………………………………

Ambulans ratunkowy typu B/C przystosowany do transportu maksymalnie jednego pacjenta na noszach oraz trzy osobowego zespołu specjalistycznego/podstawowego ratownictwa medycznego (może być wykorzystywany jako ambulans typu S lub P zgodnie z wytycznymi NFZ) Ambulans ma spełniać wymagania aktualnej normy PN/EN 1789 w zakresie ambulansu typu B/C.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **TAK/NIE****(określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie pojazdu bazowego** |
| **AMBULANS TYPU B - 1 sztuki** |
| 1. **NADWOZIE**
 |
| 1. | Typu „furgon podwyższony ”, do 3,5 t dopuszczalnej masy całkowitej, bez ściany działowej pomiędzy kabiną kierowcy a przestrzenią ładunkową przeznaczoną do adaptacji na przedział medyczny.  |  |  |
| 2. | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy, fotele regulowane z podłokietnikami. |  |  |
| 3. | Drzwi tylne wysokie , przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250º, o wysokości minimum 1,75 m. |  |  |
| 4. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym. |  |  |
| 5. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. |  |  |
| 6. | Kolor nadwozia żółty. |  |  |
| 7. | Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem.  |  |  |
| 8. | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka. |  |  |
| 1. **SILNIK**
 |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych. |  |  |
| 2. | Moc silnika minimum 170 KM , moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm. |  |  |
| 3. | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisji spalin.  |  |  |
| 1. **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU**
 |
| 1. | Skrzynia biegów automatyczna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów. |  |  |
| 2. | Napęd przedni lub tylny. |  |  |
| 3. | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny. |  |  |
| 4. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania. |  |  |
| 1. **ZAWIESZENIE**
 |
| 1. | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów.  |  |  |
| 1. **UKŁAD HAMULCOWY**
 |
| 1. | System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. |  |  |
| 2. | System wspomagania nagłego hamowania.  |  |  |
| 3. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył). |  |  |
| 4. | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę”. |  |  |
| 1. **UKŁAD KIEROWNICZY**
 |
| 1. | Ze wspomaganiem. |  |  |
| 2. | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach tj. góra – dół, przód – tył. |  |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
| 1. | Zespół dwóch akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu – jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału pacjenta – połączone tak aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V.  |  |  |
| 2. | Fabrycznie wzmocniony alternator o wydajności min. 250 A. |  |  |
| 1. **WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
| 1. | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. |  |  |
| 2. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70l. |  |  |
| 3. | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (min. dwa rodzaje). |  |  |
| 4. | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. |  |  |
| 5. | Klimatyzacja półautomatyczna lub automatyczna kabiny kierowcy. |  |  |
| 6. | Lusterka zewnętrzne, regulowane, składane i podgrzewane elektrycznie. |  |  |
| 7. | Lusterko wewnętrzne. |  |  |
| 8. | Reflektory główne typu halogen lub led. |  |  |
| 9. | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie.  |  |  |
| 10. | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi. |  |  |
| 11. | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. |  |  |
| 12. | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża. |  |  |
| 13. | Pełnowymiarowe koło zapasowe zainstalowane pod autem lub zestaw naprawczy. |  |  |
| 14. | Czujniki ciśnienia w kołach. |  |  |
| 15. | Radioodbiornik. |  |  |
| 16. | Pojazd przeznaczony dla służb państwowych tj. wyposażony w system umożliwiający dalszą eksploatację pojazdu nawet do 50 km (bez spadku mocy czy ograniczenia prędkości) w przypadku spadku poziomu płynu AdBlue poniżej minimalnego poziomu. |  |  |
| 1. **WYMAGANIA OGÓLNE**
 |
| 1. | Pojazd fabrycznie nowy – min. 2023. |  |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące bez limitu kilometrów – na pojazd bazowy. |  |  |
| 3. | Gwarancja min. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru na perforację nadwozia ambulansu. |  |  |
| 4. | Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:1. wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego( po zabudowie)
2. instrukcję obsługi pojazdu
3. książkę obsługi (przeglądów ) pojazdu bazowego
4. kartę gwarancyjną pojazdu
 |  |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** |
| 1. **NADWOZIE**
 |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 3200 x 1700 x 1800.  |  |  |
|  | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. |  |  |
|  | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. |  |  |
|  | 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 ( różnych modeli) dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw.  |  |  |
|  | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową. |  |  |
|  | Miejsce wraz z mocowaniem urządzenia do kompresji klatki piersiowej (LUCAS) np. w zewnętrznym schowku. |  |  |
|  | Miejsce wraz z mocowaniem 3 kasków ochronnych. |  |  |
| 1. **OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA**
 |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu, |  |  |
|  | Postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 1.8 kW zasilany z sieci 230 V (podać markę i model urządzenia) |  |  |
|  | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju (proszę podać markę, model i wydajność w m3/h), |  |  |
|  | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,0 kW tzw. powietrzne. Ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury termostatem takie, aby przy temperaturach zewnętrznych – 100 C i niższych, ogrzanie wnętrza do temperatury co najmniej + 50 C nie powinno trwać dłużej niż 15 minut. Po upływie 30 minut w przedziale pacjenta temperatura powinna wynosić co najmniej 22ºC (proszę podać markę i model urządzenia), |  |  |
|  | Klimatyzacja dwu parownikowa z niezależną regulacją nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego.(Zamawiający dopuszcza by fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy pojazdu bazowego była rozbudowana na przedział medyczny na etapie adaptacji na ambulans). |  |  |
| 1. **INSTALACJA ELEKTRYCZNA**
 |
|  | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V1. minimum cztery gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V), + gniazdo 230V na ścianie działowej
2. kabel zasilający o długości min. 10m,
3. automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V (podać markę i model oraz parametry techniczne),
4. grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu.
5. inwertor prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1000W (prąd w „sinusie”), w trakcie jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora)
 |  |  |
| 2. | 1.Instalacja dla napięcia 12V przedziału medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem 2.Oświetlenie przedziału medycznego:- światło rozproszone realizowane przez lampy typu LED umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego zapewniające spełnienie wymogu oświetlenia obszaru pacjenta min. 300lx, a obszar otaczający min. 50lx;- minimum 3 punkty ze światłem skupionym, dwa nad noszami oraz jedno nad blatem roboczym |  |  |
| 3. | Przedział medyczny ma być wyposażony w zamontowany na ścianie panel sterujący:1. informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
2. z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)
3. informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu
4. sterujący oświetleniem przedziału medycznego
5. sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego
6. zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury .

Panel przyciskowy nie typu touch screen. |  |  |
| 4. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący: 1. sterujący oświetleniem zewnętrznym( światła robocze)
2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V
3. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy
4. informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego
5. ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o nie doładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego

Panel przyciskowy nie typu touch screen. |  |  |
| 1. **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE**
 |
| 1. | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED, wyposażona w dwa reflektory typu LED do oświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlany napis „ambulans” |  |  |
|  | Na wysokości pasa przedniego 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED  |  |  |
|  | W tylnej części dachu pojazdu pojedyncza lampa typu kogut  |  |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami. |  |  |
|  | Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej – podać markę i model. |  |  |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu  |  |  |
|  | Oznakowanie pojazdu:- 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii:a) typu 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm umieszczony wokół dachuc) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) - z przodu i z tyłu pojazdu napis: zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej **„S” lub „P”** (do uzgodnienia po podpisaniu umowy)- nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu |  |  |
|  | Dodatkowe migacze, typu LED, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia |  |  |
| * 1. **WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI**
 |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz,- współczynnik fali stojącej -1,6,- polaryzacja pionowa,- charakterystyka promieniowania –dookólna,- odporność na działanie wiatru min. 55 m/s.Antena typu 3089/1 lub równoważna do radiotelefonu cyfrowo-analogowego(DMR).Instalację doprowadzić do miejsca instalacji radiotelefonu na desce rozdzielczej kierowcy, okablowanie z zapasem 50 cm |  |  |
|  | Wykonanie instalacji do podłączenia radiotelefonu DM4601 |  |  |
|  | Zestaw anten dwuzakresowych GPS/GSM umożliwiających prawidłowe działanie wszystkich elementów systemu SWD PRM |  |  |
|  | Głośnik w przedziale medycznym z możliwością podłączenia do radia oraz drugi głośnik z możliwością podłączenia do radiotelefonu |  |  |
|  | Zamontowanie uchwytów mocujących stację dokującą pod tablet w kabinie kierowcy wraz z doprowadzeniem przewodów zasilających i przewodu USB łączącego tablet z drukarką.(bez tabletu, bez drukarki, bez modułu GPS,). Uchwyt do drukarki, stacja dokująca, tablet, moduł, drukarka, po stronie Zamawiającego. |  |  |
| * 1. **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY**
 |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian ,umożliwiająca mocowanie lawety lub noszy |  |  |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |  |
|  | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy , wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia).  |  |  |
|  | Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy umożliwiający jazdę tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia |  |  |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz swobodną komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne (wymiary przejścia mierzone w świetle: wysokość min. 170 cm, szerokość min. 40 cm . |  |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. szyny Kramera, torba opatrunkowa i inne,- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.).- na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe z cyfrowym zamkiem szyfrowym, kosz na śmieci, uchwyty do mocowania rękawiczek 3szt. |  |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną (wysokość blatu roboczego 100 cm ± 10 cm – podać wartość oferowaną- min. dwie szuflady- kosz  |  |  |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 4 szt. pojemników. |  |  |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej |  |  |
|  | Na lewej ścianie przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu. Zamocowane 2 poziome szyny min. 4 uniwersalne płyty mocującej – płyty w ukompletowaniu , do których można niezależnie mocować: uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej. Płyty mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji.Uwaga – Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. |  |  |
|  | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen z 2 szt.butli 10l.(**bez butli tlenowych oraz bez reduktorów)** - minimum 3 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego (min. 2 na ścianie lewej i min. 1 w suficie)- dodatkowy uchwyt na dwie małe butle przenośne. |  |  |
|  | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 100 do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę Uwaga: zwolnienie mechanizmu wysuwu lawety nie może odbywać się za pomocą linki, podać markę i model, załączyć folder i deklarację zgodności)  |  |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych.  |  |  |
|  | Fotele w przedziale medycznym wyposażone w czujniki zapięcia pasów informujące kierowcę wizualnie i/lub dźwiękowo o tym że na fotelu w przedziale medycznym siedzi osoba i ma niezapięty pas bezpieczeństwa. |  |  |
| * 1. **WYPOSAŻENIE POJAZDU**
 |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. |  |  |
|  | Reflektory zewnętrzne, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego.Reflektory typu LED. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 15-30 km/h. |  |  |
|  | Kamera cofania |  |  |
|  | Lampka typu kokpit nad siedzeniem pasażera w kabinie kierowcy |  |  |
|  | Ampularium |  |  |
|  | Tablica do pisania  |  |  |
|  | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy |  |  |
|  | Dywaniki podłogowe, pojemniki materiały ostre |  |  |
| * 1. **WYMAGANIA OGÓLNE**
 |
| 1. | Karta gwarancyjna zabudowy przedziału medycznego |  |  |
| 2. | Gwarancja na samochód bazowy – min. 24 miesiąceGwarancja na powłokę lakierniczą – min. 24 miesiąceGwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiąceGwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiąceGwarancja na perforację nadwozia – min. 60 miesięcy |  |  |
| 3. | Odbiór w siedzibie Wykonawcy – samochód zatankowany do pełna. |  |  |
| 4. | Koszt okresowych przeglądów samochodu bazowego, adaptacji, wyposażenia oraz sprzętu medycznego w okresie gwarancji ponosi Wykonawca |  |  |
| **ZESTAW TRANSPORTOWY -1 sztuka** |
| 1 | Nosze główneWykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją  |  |  |
| 2 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha , |  |  |
| 3 | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji  |  |  |
| 4 | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 75 stopni  |  |  |
| 5 | Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście. |  |  |
| 6 | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia i ułożenia głowy na wznak do pozycji węszącej |  |  |
| 7 | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy , |  |  |
| 8 | Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące |  |  |
| 9 | Wysuwane rączki do przenoszenia umieszczone z przodu i tyłu noszy.  |  |  |
| 10 | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy . |  |  |
| 11 | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze  |  |  |
| 12 | Waga noszy max 23 kg (podać) |  |  |
| 13 | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. |  |  |
| 14 | Dodatkowy zestaw pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci. |  |  |
| 15 | Maksymalne obciążenie dopuszczalne min. 227 kg (podać)  |  |  |
| 16 | Zestaw dodatkowo wyposażony w zestaw transportowy do amputowanych kończyn  |  |  |
| 17 | Zestaw wyposażony w uprząż na nosze dla dzieci o wadze do 4,545 kg |  |  |
| **TRANSPORTER DO NOSZY GŁÓWNYCH** |
| 1 | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę  |  |  |
| 2 | Szybki, bezpieczny i łatwy system połączenia z noszami , |  |  |
| 3 | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach  |  |  |
| 4 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia |  |  |
| 5 | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy.Wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce. |  |  |
| 6 | Fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnego miejsca na obwodzie transportera |  |  |
| 7 | -Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. |  |  |
| 8 | 4 główne uchwyty transportera |  |  |
| 9 | Dodatkowe uchylne uchwyty transportera ułatwiające manewrowanie z możliwością odblokowania goleni |  |  |
| 10 | Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) |  |  |
| 11 | Przyciski blokady goleni kodowane kolorami |  |  |
| 12 | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera. |  |  |
| 13 | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją  |  |  |
| 14 | Maksymalne obciążenie dopuszczalne transportera min. 227 kg |  |  |
| 15 | Waga transportera max 28 kg Dopuszcza się wyższą wagę transportera do max.36 kg  przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1789 i PN EN 1865, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC - dostarczyć przy dostawie  |  |  |
| **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE - 1 sztuka** |
| 1 | Krzesełko transportowe płozowe  |  |  |
| 2 | Wykonane z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabiezpieczonego przed korozją |  |  |
| 3 | System płozowy do transportu pacjenta po schodach  |  |  |
| 4 | Siedzisko i oparcie wykonane z łatwego do mycia i dezynfekcji tworzywa typu ABS odpornego na uszkodzenia  |  |  |
| 5 | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie. |  |  |
| 6 | Wysuwane uchwyty przednie blokowane w min. 3 pozycjach. |  |  |
| 7 | 4 koła w tym min 2 obrotowe w zakresie 360°. |  |  |
| 8 | Uchylne rączki tylne. |  |  |
| 9 | Wysuwany uchwyt ramy oparcia blokowany w min. 2 pozycjach |  |  |
| 10 | Kąt pomiędzy płozami, a ramą krzesełka min. 30°. |  |  |
| 11 | Rozstaw zewnętrzny płóz min. 37 cm |  |  |
| 12 | Stabilizator głowy pacjenta  |  |  |
| 13 | Ruchoma podpórka na stopy pacjenta zapewniająca mu stabilne podparcie, uniemożliwiające ześliźnięcie się stóp pacjenta, o wymiarach min. 240x85 mm |  |  |
| 14 | Min. 3 pasy poprzeczne |  |  |
| 15 | Waga krzesełka z systemem płozowym max 14 kg |  |  |
| 16 | Maksymalne wymiary po złożeniu: 95 cm x 52 cm x max 20 cm |  |  |
| 17 | Udźwig min. 227 kg |  |  |
| 18 | Deklaracja zgodności  |  |  |
| **Ssak ręczny**  |
| 1 | **Ssak ręczny do szybkiego odsysania płynów, śliny, wydzieliny w trakcie udzielania pomocy doraźnej.** |  |  |
| 2 | Na wyposażeniu znajduje się jedna końcówka do odsysania dla dorosłych i jedna dla dzieci  |  |  |
| 3 | **Ssak wyposażony w uniwersalny adapter do podłączenia cewnika do odsysania**  |  |  |
| 4 | Możliwość obsługi ssaka jedną ręką  |  |  |
| 5 |   Obudowa wykonana jest z wytrzymałego i łatwego do utrzymania w czystości tworzywa.  |  |  |
| 6 | Zbiornik z pokrywą o pojemności 300 ml.  |  |  |
| 7 | Pokrywa wyposażona w zawór przeciw przelewowy oraz zawór chroniący przed cofaniem się odsysanych treści  |  |  |
| 8 | Waga ssaka: 275 g  |  |  |
| 9 | Wymiary 180 x 180 x 170 mm  |  |  |
| 10 | Maksymalne podciśnienie: - 550 mmHg  |  |  |
| 11 | Przepływ ok. 20 l/min  |  |  |
| **Deska ortopedyczna**  |
| 1 | Deska ortopedyczna dla dorosłych ( kompletna) , idealna do akcji ratunkowych w wodzie |  |  |
| 2 | Unosi się na powierzchni wody  |  |  |
| 3 | Wykonana z tworzywa polietylenowego.  |  |  |
| 4 | W zestawie znajduje się 4 pasy bezpieczeństwa, stabilizator głowy  |  |  |
| 5 | Rozmiar: 185x46  |  |  |
| 6 | Grubość: 5cm  |  |  |
| 7 | Waga: 7 kg  |  |  |
| 9 | Nośność: 227 kg  |  |  |
| **Nosze podbierakowe**  |
| 1 | Nosze podbierakowe (suflawe) 3-częściowe + 3 pasy Specjalnie zaprojektowane, aby przetransportować pacjenta bez konieczności poruszania go. Aluminiowa struktura jest podzielona na dwie podłużne części, które można rozłączyć, wsunąć pod pacjenta i zamknąć. Aluminiowa struktura jest lekka i regulowana. Nosze są także wyposażone w 3 pasy stabilizujące. Nosze szuflowe atraumatyczne.  |  |  |
| 2 | Wymiary: 200x42x7 cm ( po złożeniu : 165×42×7cm  |  |  |
| 3 | Waga: 8,5 kg  |  |  |
| 4 | Nośność: 159 kg  |  |  |
| **Kapnograf** |
| 1 | **wytrzymała i wodoodporna konstrukcja** |  |  |
| 2 | Alarmy dźwiękowe i graficzne ostrzegają, zarówno o braku, jak i o niedrożności złączki, braku oddechu (bezdech), niskim poziomie naładowania baterii oraz o wysokim i niskim poziomie EtCO2. |  |  |
| 3 | Długa praca urządzenia - do 10 godzin normalnej pracy na dwóch standardowych litowych bateriach AAA. |  |  |
| 4 | Zakres pomiarowy* CO2 0-99 mmHg
* RR 3-150 bmp
 |  |  |
| 5 | Dokładność pomiaru* CO2 0-40mmHg +2 mmHg
* RR +1bmp
 |  |  |
| 6 | Zasilanie* Typ 2 baterie AAA, alkaliczne lub litowe
* Żywotność baterii 6h(alkaliczne) lu 10h (litowe)
 |  |  |
| 7 | Warunki pracy i przechowywania* Temperatura pracy -5 - 50 stopni C
* Temperatura przechowywania -30 - 70 stopni C
 |  |  |
| 8 | Parametry* Waga 59,5g z bateriami
* Wymiary 5,2x3,9x3,9 cm
 |  |  |
| **Kamizelka KED**  |
| 1 | Kamizelka  KED krótkie unieruchomienie kręgosłupa.  |  |  |
| 2 | Pozwala na bezpieczną wewakuację poszkodowanych z rozbitych samochodów oraztrudnodostępnych miejsc o ograniczonej przestrzeni, gdzie nie można wejść ze standardowymi noszam  |  |  |
| 3 | Kamizelka jest przenikliwa dla promieni X  |  |  |
| 4 | dobrze przylegała do ciała i zapewniała całkowite unieruchomienie wzdłuż osi kręgosłupa przy zachowaniu swobodnego dostępu do klatkipiersiowej (monitorowanie, defibrylacja ; |  |  |
| 5 | Regulowane pasy mocujące umożliwiają jej zastosowanie u dzieci i u kobiet ciężarnych  |  |  |
| 6 | Dane techniczne:* Wysokość 82 cm
* Wysokość w pokrowcu 83 cm
* Szerokość 80 cm
* Szerokość w pokrowcu 24 cm
* Grubość 1 cm
* Grubość w pokrowcu 12 cm
* Waga 3 kg
* Obciążenie dopuszczalne 227 kg
 |  |  |
| **Płachta ratownicza** |
| 1 | Płachta ratownicza służąca do przenoszenia pacjentów  |  |  |
| 2 | Materiał winylowy wzmocniony dodatkowo włóknami wykonany jako jeden kawałek charakteryzuje się wyjątkową wytrzymałością  |  |  |
| 3 | Płachta posiada dwie zakładki które zapobiegają wysunięciu się pacjenta w czasie transportu np. po schodach  |  |  |
| 4 | Posiada 8 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie noszy  |  |  |
| 5 | Nie wchłania substancji ropopochodnych, krwi, płynów i brudu, doskonale nadaje się do mycia i dezynfekcji  |  |  |
| 6 | Płachta wytrzymuje maksymalne obciążenie 363 kg - przy wykorzystaniu wszystkich uchwytów  |  |  |
| 7 | Udźwig (kg): **363;** Ilość uchwytów: **8;** Kieszeń na nogi (tak/nie): **Nie**Długość (cm): Szerokość (cm): Masa (kg): **2,2;** |  |  |
| **Ciśnieniomierz**  |
| 1 | Wyjątkowo trwały, odporny na wstrząsy i skutki upadku, manometr spełnia normy AAMI dotyczące odporności na wstrząsy – wytrzymuje upadek na twardą powierzchnię z wysokości 76 cm, nie wymagając ponownej kalibracji  |  |  |
| 2 | Wyposażony w przyciskowy zawór spustowy, umożliwiający pomiar dowolną ręką |  |  |
| 3 | W komplecie super trwały mankiet standardowy (ponad 100 000 pomiarów) i etui |  |  |
| 4 | **Dostępne opcjonalnie** [**wymienne mankiety**](https://stetoskop.net.pl/oferta.php?st_id=50) **w różnych rozmiarach** |  |  |
| 5 |  Bardzo dokładny pomiar ±3 mmHg – utrzymuje kalibrację dłużej niż tradycyjne manometry |  |  |
| **Materac próżniowy (podciśnieniowy)** |
| 1 | Materace próżniowe są produktami wielokrotnego użytku  |  |  |
| 2 | Służą do unieruchomienia uszkodzonej części ciała w pożądanej pozycji w celu udzielenia pierwszej pomocy przed medycznej  |  |  |
| 3 | Wykonany z wysokiej jakości materiałów i odpornego PU  |  |  |
| 4 | Dopasowuje się idealnie do sylwetki pacjenta.  |  |  |
| 5 | Personel medyczny może z łatwością regulować twardość materaca za pomocą pompki  |  |  |
| 6 | Wymiary rozłożeniu: 212x75x7 cmWymiary po złożeniu: 70x60x37 cmWaga: 5 kgNośność: 159 kg |  |  |
| **Stetoskop** |
| 1 | membrana jednostronna o zwiększonej komorze akustycznej (głośniejsze i bardziej szczegółowe przewodzenie dźwięku).  |  |  |
| 2 | grubszy (bardzo elastyczny) dren - lepsza izolacja względem dźwięków otoczenia, poprawa przewodzenia dźwięku wobec standardowych drenów stetoskopów  |  |  |
| 3 | Głowica stetoskopu wyposażona w membranę dwutonową (uwypuklenie tonów niskich bądź wysokich względem siły nacisku głowicy stetoskopu na pacjenta).  |  |  |
| 4 | Miękkie samouszczelniające oliwki, które wykonane zostały z materiału antybakteryjnego rewelacyjnie izolują dźwięki otoczenia  |  |  |
| 5 | Elementy metalowe poryte powłoką, która niezmiernie trudno się brudzi  |  |  |
| **Urządzenie do kompresji klatki piersiowej** |
| 1 | Waga urządzenia z torbą, ładowarką, akcesoriami i 3 bateriami do 9.25 kg |  |  |
| 2 | Waga urządzenia z baterią gotowe do pracy do 3.75 kg  |  |  |
| 3 | Wymiary torby z urządzeniem do 25,5 cm x 30 cm x 45 cm |  |  |
| 4 | Kompaktowe, małe wymiary urządzenia do 18 cm x 15 cm x 24 cm |  |  |
| 5 | Odpowiedni dla pacjentów o obwodzie klatki piersiowej w zakresie 76 cm do 135 cm |  |  |
| 6 | Głębokość uciśnięć 52 mm +/-2 mm |  |  |
| 7 | Częstość ucisków 110 / min +/- 4  |  |  |
| 8 | Tryb pracy ciągłej polegający na wykonywaniu ucisków klatki bez przerw |  |  |
| 9 | Tryb pracy z przerwą na wentylację (oddech) w trybie 30 ucisków, przerwa 3 s na podanie oddechu |  |  |
| 10 | Podczas pracy w trybie z przerwą w czasie przerwy tłok uciskający unosi się do góry w celu ułatwienia podania oddechu |  |  |
| 11 | Alarmy dźwiękowe w każdym trybie pracy |  |  |
| 12 | Alerty świetlne wyświetlane na 3 kontrolkach LED |  |  |
| 13 | Urządzenie tupu CF- zabezpieczone przed defibrylacją |  |  |
| 14 | Urządzenie wyposażone w jednostkę czasu rzeczywistego |  |  |
| 15 | Urządzenie wyposażone w moduł komunikacji z wykorzystaniem podczerwieni |  |  |
| 16 | Zakres temperatury pracy od -20 ˚C do +50 ˚C |  |  |
| 17 | Klasa ochrony IP 42 |  |  |
| 18 | Bateria zapewniająca pracę przez 60 min |  |  |
| 19 | W zestawie 3 baterie wymienialne bez użycia narzędzi podczas pracy, zwalniane za pomocą jednego przycisku |  |  |
| 20 | Czas ładowania baterii do 120 min |  |  |
| 21 | Zakres temperatury pracy baterii od -20 ˚C do +50 ˚C |  |  |
| 22 | Wskaźnik stanu naładowania baterii na panelu urządzenia z identyfikacją 5 progów stanu naładowania. Sygnalizacja rozładowania poniżej 34% za pomocą migającej diody |  |  |
| 23 | Możliwość sprawdzenia stanu naładowania baterii bez konieczności włączania urządzenia |  |  |
| 24 | Funkcja wspomagania wymiany elementu mającego kontakt z pacjentem poprzez wysunięcie tłoka aktywowana za pomocą przycisków na panelu urządzenia |  |  |
| 25 | Urządzenie mocowane do pacjenta za pomocą elastycznych pasów o regulowanej długości |  |  |
| 26 | Urządzenie wyposażone w płytę umieszczaną pod pacjentem |  |  |
| 27 | Pasy mocowane do urządzenia przy pomocy klamerek zatrzaskowych i zaczepów hakowych |  |  |
| 28 | Urządzenie wyposażone w port danych wejściowych |  |  |
| **Respirator transportowy**  |
| 1 | Respirator transportowy o wadze do 3,5kg |  |  |
| 2 | Wymiary 23 x 13 x 15 cm ( W x D x H |  |  |
| 3 | Zajmowana objętość poniżej 4500 cm3 |  |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 12Vdc |  |  |
| 5 | Czas ładowania baterii do 4h |  |  |
| 6 | Temperatura pracy w zakresie -10°C do +40°C  |  |  |
| 7 | Temperatura pracy w zakresie -25°C do +70°C  |  |  |
| 8 | Rodzaj wentylacji IPPV wolumetryczny – IPPV cyklicznie czasowy z PS |  |  |
| 9 | Tryb wentylacji CPAP |  |  |
| 10 | Tryb wentylacji PSV + wentylacja rezerwowa  |  |  |
| 11 | Tryb wentylacji AUT + AST |  |  |
| 12 | Automatyczna kompensacja wpływu ciśnienia atmosferycznego na ciśnienie mierzone |  |  |
| 13 | Przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i noworodków |  |  |
| 14 | Automatyczna kompensacja ciśnienia atmosferycznego na podstawie zmierzonego ciśnienia |  |  |
| 15 | Tryby wentylacji AUT + AST / PSV + APNOEA BACK UP / PEEP / CPAP |  |  |
| 16 | PEEP w zakresie 0-20 cm H2O |  |  |
| 17 | Limit ciśnienia w zakresie 0-50 cm H2O |  |  |
| 18 | Objętość wdechowa regulowana w zakresie od 15 ml do 3000 ml |  |  |
| 19 | Wentylacja minutowa regulowana w zakresie od 1 l/min do 16 l/min |  |  |
| 20 | Interfejs użytkownika▪ Bronchomanometr mechaniczny▪ Dioda LED poziomu naładowania baterii▪ Wskaźnik zewnętrznego zasilania▪ Diody LED i alarmy akustyczne▪ Pokrętła sterujące |  |  |
| 21 | Wyzwalacz regulowany w zakresie od -1 do -5 cmH2O |  |  |
| 22 | Reduktor z szybkozłączką AGA i przepływomierzem |  |  |
| 23 | Przepływomierz z szybkozłączką AGA |  |  |
| **Koc bakteriostatyczny**  |
| 1 | Wykonany z nieprzemakalnego paro przepuszczalnego materiału powlekany PU o zwiększonej elastyczność |  |  |
| 2 | Nadaje się do zastosowania w miejscach wysokiego ryzyka infekcji, ponieważ zawiera antybakteryjne składniki na bazie nieorganicznego Zeolitu Srebra, które przeciwdziałają najbardziej zakaźnym patogenom, takich jak MRSA i e-coli  |  |  |
| 3 | materiał z którego jest wykonany koc spełnia wymagania stawiane wyrobom medycznym różnego przeznaczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 lutego 2016 i Dyrektywą Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. w sprawie wyrobów medycznych (MDD),  |  |  |
| 4 | przebadany na odporność i na przenikanie krwi syntetycznej i cząstek fagowych  |  |  |
| 5 | wysoka jakość wykonania pozwala na pranie w pralce oraz stosowanie dezynfekcji  |  |  |
| 6 | wysoce odporny na silnie żrące środki chemiczne  |  |  |
| 7 | wymiary: 110 x 190 cm  |  |  |
| 8 | kolor: wewnątrz kremowy, na zewnątrz niebieski  |  |  |
| 9 | normy: zgodny z wymaganiami Öko-tex Standard 100 class I oraz z obowiązującymi w UE regulacjami prawnymi w zakresie stosowania barwników azowych i normą EN 71-3 oraz normą PN-EN ISO 10993  |  |  |
| 10 | Koc dodatkowo wyposażony w poduszkę bakteriostatyczną o wymiarach 55x55 cm |  |  |
| **Kołnierz ortopedyczny wielorazowy dla dorosłych**  |
| 1 | Regulowana konstrukcja pozwala na założenie tego samego kołnierza dzieciom (powyżej 3 lat) i osobom dorosłym  |  |  |
| 2 | Regulację główną przeprowadza się bezpośrednio na pacjencie, co gwarantuje szybkie i prawidłowe dobranie optymalnego rozmiaru.  |  |  |
| 3 | Kołnierz wykonany jest w jasnych intensywnych kolorach, w celu zwrócenia uwagi ratowników na istniejące podejrzenie urazu kręgosłupa szyjnego. Główna blokada regulacji jest widoczna nawet przy minimalnym oświetleniu.  |  |  |
| **Kołnierz ortopedyczny wielorazowy pediatryczny**  |
| 1 | Wykonany z twardego i elastycznego polipropylenu, wyścielony miękką polietylenową pianką nie potrzebuje wstępnego formowania do żądanego kształtu, dzięki czemu jest łatwy w użyciu  |  |  |
| 2 | Kołnierz wykonany jest z materiałów niewidocznych dla promieni X. Można go stosować w CT i MRI. |  |  |
| 3 | ·         Materiał: polipropylen i polietylen·         Kolor: żółty/ciemnoszary·         Możliwe ustawienia: niemowlę, dziecko, niski dorosły·         Ilość stopni regulacji: 12  |  |  |
| **Ssak karetkowy z uchwytem**  |
| 1 | do odsysania krwi, wydzielin i pokarmu z jamy ustnej, nosowo-gardłowej, itp ) |  |  |
| 2 | przeznaczony do pracy w salach szpitalnych oraz warunkach pozaszpitalnych (ratownictwo medyczne, transport medyczny  |  |  |
| 3 | **ładowanie z uchwytu ściennego 12VDC - uchwyt karetkowy zgodny z EN 1789 / 10**  |  |  |
| 4 | maksymalne podciśnienie **- 84 kPa**  |  |  |
| 5 | płynna regulacja siły ssania za pomocą pokrętła wraz ze wskazaniem poziomu podciśnienia,  |  |  |
| 6 | wydajność ssania - **30 l/min**  |  |  |
| 7 | **filtr antybakteryjny** wraz z zabezpieczeniem przed przepełnieniem  |  |  |
| 8 | przełącznik ON / OFF - wodoodporny z osłoną  |  |  |
| 9 | zasilanie ssaka z akumulatora oraz 12VDC (np. gniazdo zapalniczki w samochodzie),  |  |  |
| 10 | czas pracy na zasilaniu akumulatorowym - do 65 minut,  |  |  |
| 11 | waga 4,2 kg.  |  |  |
| **Torba na zestaw tlenowy**  |
| 1 | Torba na zestaw tlenowy z uchwytem na nosze |  |  |
| 2 | Przystosowana do transportu rozbudowanych zestawów tlenowych  |  |  |
| 3 | Wnętrze torby zostało zaprojektowane tak, by pomieścić butlę tlenową z reduktorem, worek samorozprężalny, ssak mechaniczny, rurki ustno−gardłowe, maski tlenowe oraz, w rozbudowanej wersji wyposażenia, respirator transportowy  |  |  |
| **Torba pediatryczna**  |
| 1 | Wykonana jest z CORDURY |  |  |
| 2 | Posiada możliwość transportu w ręku i na ramieniu. Na wyposażeniutorby znajduje się różnokolorowy pasek do transportutorby na ramieniu.  |  |  |
| 3 | Pasek spełnia rolę miarki, na której każdy kolorodpowiada określonym przedziałom wzrostu dzieci  |  |  |
| 4 | Wnętrzetorby zawiera różnokolorowe saszetki przeznaczone na posegregowanysprzęt reanimacyjny |  |  |
| 5 | Każdy kolor saszetki posiadaswój odpowiednik na pasku  |  |  |
| 6 | Torba posiada również miejsce na: 2 kpl. worki samorozprężalne− jeden dla dzieci, drugi dla noworodków, płyny infuzyjne, aparatRR z mankietami pediatrycznymi, rękojeść laryngoskopu itp. |  |  |
| 7 | Dodatkowo elementem wyposażenia jest małe odczepiane ampulariumna 40 ampułek.  |  |  |
| **Plecak reanimacyjny**  |
| 1 | Wykonany z CORDURY® ma konstrukcje wielokomorową, która zapewnia właściwą segregację sprzętu  |  |  |
| 2 | Plecak posiada 2 uchwyty transportowe do przenoszenia w ręku, które rozmieszczone są w sposób umożliwiający transport w pozycji pionowej (uchwyt na szczycie plecaka) oraz poziomej (uchwyt boczny).  |  |  |
| 3 | System transportu na plecach składa się z dwóch szelek z elementami odblaskowymi, pasa biodrowego oraz paska spinającego szelki na wysokości klatki piersiowej  |  |  |
| 4 | Wszystkie te elementy posiadają regulację umożliwiającą dopasowane systemu do indywidualnych potrzeb. W przypadku przenoszenia plecaka w ręku system szelek można schować w przeznaczoną do tego celu specjalną kieszeń. Plecak wyposażony jest liczne elementy odblaskowe na wszystkich kieszeniach oraz uchwyty umożliwiające troczenie ekwipunku dodatkowego  |  |  |
| 5 | Plecak można wyposażyć dodatkowo w niezależną torebkę / organizer na zestaw do wkłuć. Znajdują się w nim uchwyty i kieszenie umożliwiające posegregowanie wenflonów, igieł, strzykawek oraz miejsce na oklejenia, plaster. Wszystkie suwaki są plastikowe, bryzgoszczelne i samonaprawialne.   |  |  |
| **Torba na zestaw pierwszej pomocy**  |
| 1 | Torba na zestaw pierwszej pomocy 36x23x36 cm z dwoma komorami i dodatkową przeźroczystą komorą od góry.  |  |  |
| 2 | Torba może zostać przystosowana do różnych zastosowań przez dołożenie dodatkowych wewnętrznych organizatorów  |  |  |
| **Mankiet infuzyjny**  |
| 1 | Infuzyjny mankiet ciśnieniowy zwiększa ilość przetaczanych płynów w jednostce czasu poprzez zwiększenie ciśnienia w systemie aparatu do przetoczeń  |  |  |
| 2 | Pojemność 500 ml |  |  |
| 3 | Posiada dokładny manometr z czytelną skalą |  |  |
| 4 | Dodatkowa ochrona manometru za pomocą gumowej obręczy, |  |  |
| 5 | Transparentna siateczka z przodu zapewnia doskonałą widoczność płynu |  |  |
| 6 | Regulacja ciśnienia przetaczanego płynu przy gruszce manometru-zawór szybkiej deflacji |  |  |
| 7 | Uchwyt do zawieszenia rękawa na stojaku |  |  |
| 8 | Produkt wielokrotnego użytku.  |  |  |
| 9 | Wyposażenie dodatkowe : pokrowiec termoizolacyjny na kroplówkę + element grzejny  |  |  |
| **Laryngoskop (komplet Macintosh)** |
| 1 | W skład kompletu wchodzą: Rękojeść bateryjna wielorazowa LED (z baterią 2xC), chromowana, średnia, rozmiar 160mm [AL-1454-4], Łyżka Macintosh, metalowa z plastikowymi elementami, niemowlęca, 1, rozmiar 95 mm, 1 szt. [AL-1801-1], Łyżka Macintosh, metalowa z plastikowymi elementami, dziecięca, 2, rozmiar 105 mm, 1 szt. [AL-1801-2],Łyżka Macintosh, metalowa z plastikowymi elementami, średni dorosły, 3, rozmiar 135 mm, 1 szt. [AL-1801-3], ŁyżkaMacintosh, metalowa z plastikowymi elementami, duży dorosły, 4, rozmiar 155 mm, 1 szt. [AL-1801-4], PRODUKTY |  |  |
| 2 | LONG LIFE W ZESTAWIE: [ZESTAW].  |  |  |
| **Stacja dokująca do pompy infuzyjnej**  |
| 1 | Konstrukcja umożliwiająca mocowanie dwóch pomp. Wystarczy wsunąć pompę do stacji a zostanie ona bezpiecznie zamocowana z automatycznym podłączeniem zasilania  |  |  |
| 2 | Zależnie od instalacji elektrycznej ambulansu, zasilane prądem stałym 12 - 16 VDC (model DS102A) lub prądem przemiennym 100 - 230 VAC (model DS102AC).  |  |  |
| **Zestaw porodowy (zestaw położniczy jednorazowy)** |
| 1 | **W skład zestawu wchodzi:****część A:**2 pary sterylnych rękawiczek1 sterylny podkład1 sterylna serwetka wierzchnia2 sterylne ręczniki do rąk**część B:**4 sterylne tampony1 sterylna gruszka2 sterylne klemy pępowinowe2 sterylne zapasowe zaciski1 para sterylnych nożyczek**część C:**1 sterylna wyściółka2 antyseptyczne rękawiczki1 kocyk dla noworodka1 pieluszka1 plastikowa torba na łożysko |  |  |

**Uwaga:**

**Pozycje tak/nie i opis oferowanych parametrów wypełnia Wykonawca**

**Parametry, których wartość określona jest jako wymagane stanowią minimalne wymagania Zamawiającego, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązuję(-emy) się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia asortymentu spełniającego wyspecyfikowane parametry.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że oferowany powyżej wyspecyfikowany asortyment jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, materiałów opisowych pochodzących od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, produkt dane, instrukcje obsługi itp. umożliwiające Zamawiającemu weryfikację udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości.*

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):** […………………….…………………………]

**Uwaga:**

**Pozycje tak/nie i opis oferowanych parametrów wypełnia Wykonawca**

**Parametry, których wartość określona jest jako wymagane stanowią minimalne wymagania Zamawiającego, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązuję(-emy) się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia asortymentu spełniającego wyspecyfikowane parametry.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że oferowany powyżej wyspecyfikowany asortyment jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, materiałów opisowych pochodzących od producenta: oryginalne ulotki, katalogi, opisy przedmiotu zamówienia, dokumentację techniczną oferowanego sprzętu/ przedmiotu zamówienia, produkt dane, instrukcje obsługi itp. umożliwiające Zamawiającemu weryfikację udzielonych odpowiedzi odnośnie spełnienia warunków granicznych i/lub ich wartości.*

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):** […………………….…………………………]