**Załącznik nr 7 do SWZ po modyfikacji**

**Nr postępowania: 6/2024.**

**WYMAGANIA TECHNICZNE – WARUNKI GRANICZNE**

**AMBULANS TRANSPORTOWY WRAZ Z WYPOSAŻENIEM**

**Pojazd skompletowany (specjalny, sanitarny, transportowy)**: Marka …………………………………….

Typ …………………………… Oznaczenie handlowe ………………………….……….…….……………………………...

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego: .......................................................................

Nr i data wydania świadectwa homologacji (podać): ……………………………………………………………………….

Rok produkcji pojazdu skompletowanego: nie starszy niż 2023- podać ……………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY Opisać** |
|  | Pojazd skompletowany typu furgon, DMC do 3,5 tony, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit, zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi, szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym. | **Tak** |  |
|  | Częściowo przeszklony (wszystkie szyb termoizolacyjne), z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Półki nad przednią szybą. | **Tak** |  |
|  | Czujnik deszczu i zmierzchu, wycieraczki z automatyczną regulacją prędkości, automatycznie wł. światła mijania, ogrzewana szyba przednia. | **Tak** |  |
|  | Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca ergonomiczne miejsce pracy kierowcy. | **Tak** |  |
|  | Oświetlenie pomocnicze. | **Tak** |  |
|  | Fotel kierowcy z podłokietnikami z regulacją wysokości | **Tak** |  |
|  | Fotel pasażera z podłokietnikami | **Tak** |  |
|  | W komorze silnika złącze rozruchowe | **Tak** |  |
|  | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | **Tak** |  |
|  | Wysokość przedziału medycznego minimum 1,80 m. | **Tak** |  |
|  | Długość przedziału medycznego minimum 3,25 m. | **Tak** |  |
|  | Szerokość przedziału medycznego minimum 1,70 m. | **Tak** |  |
|  | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 250 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi. | **Tak** |  |
|  | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane | **Tak** |  |
|  | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | **Tak** |  |
|  | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości minimum 1,50 m. | **Tak** |  |
|  | Centralny zamek wszystkich drzwi z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu. | **Tak** |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | **Tak** |  |
|  | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:  a) mocowanie dla 2 szt. butli tlenowych 10l,  b) mocowanie krzesełka kardiologicznego,  c) mocowanie noszy podbierakowych,  d) mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,  e) mocowanie materaca próżniowego,  f) miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę. | **Tak** |  |
|  | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, boczne poduszki powietrzne chroniące głowę kierowcy i pasażera. | **Tak** |  |
|  | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem, fabryczne czujniki parkowania z tyłu pojazdu | **Tak** |  |
|  | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, z powierzchnią antypoślizgową. | **Tak** |  |
|  | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | **Tak** |  |
|  | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności | **Tak** |  |
|  | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne, elektrycznie podgrzewane i regulowane | **Tak** |  |
|  | Wielofunkcyjna kierownica, sterowanie radiem, | **Tak** |  |
|  | Przednie reflektory przeciwmgielne. | **Tak** |  |
|  | Zbiornik paliwa o pojemności minimum 75 l. | **Tak** |  |
|  | Radioodtwarzacz fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego z głośnikami w kabinie kierowcy i w przedziale medycznym, zasilany z 12V z anteną dachową. | **Tak** |  |
|  | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel dotykowy, przekątna minimum 5 cali, sterujący oświetleniem zewnętrznym (światła robocze) oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową, a także informujący o stanie naładowania akumulatorów. | **Tak** |  |
|  | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | **Tak** |  |
|  | Silnik o pojemności minimum 1950 cm³. | **Tak** |  |
|  | Silnik o mocy minimum 150 KM. | **Tak** |  |
|  | Moment obrotowy minimum 380 Nm. | **Tak** |  |
|  | Norma emisji spalin aktualnie obwiązująca w Europie. | **Tak** |  |
|  | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | **Tak** |  |
|  | Minimum 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | **Tak** |  |
|  | Napęd na koła przednie | **Tak** |  |
|  | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych | **Tak** |  |
|  | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ASR | **Tak** |  |
|  | Elektroniczny korektor siły hamowania. | **Tak** |  |
|  | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane. | **Tak** |  |
|  | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | **Tak** |  |
|  | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu, typu ABS, ESP | **Tak** |  |
|  | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie oraz tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni prześwit i komfort transportu pacjenta. | **Tak** |  |
|  | Zwiększony nacisk na oś przednią | **Tak** |  |
|  | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | **Tak** |  |
|  | Ze wspomaganiem | **Tak** |  |
|  | Kolumna kierownicy regulowana w 2 płaszczyznach | **Tak** |  |
|  | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | **Tak** |  |
|  | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna | **Tak** |  |
|  | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę. | **Tak** |  |
|  | Rozprowadzenie powietrza w przedziale medycznym na całej długości sufitu przez min. 6 wylotów chłodnego powietrza dwa w przednie, dwa w środkowej i dwa w tylnej części w celu równomiernego jego rozprowadzenia  Rozwiązanie przebadane na zgodność z normą 1789 (lub normą równoważną) - dostarczyć przy dostawie przedmiotu zamówienia dokument potwierdzający wymagania. | **Tak** |  |
|  | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | **Tak** |  |
|  | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu. | **Tak** |  |
|  | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - minimum 180 A. | **Tak** |  |
|  | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V), sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich. | **Tak** |  |
|  | Instalacja elektryczna 230V:  a) zasilanie zewnętrzne 230V,  b) minimum 4 gniazda 230V w przedziale medycznym,  c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym,  d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe,  e) przewód zasilający minimum 10 m. | **Tak** |  |
|  | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. | **Tak** |  |
|  | Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:  - minimum 4 gniazda 12V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,  - gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | **Tak** |  |
|  | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu z modułami w technologii LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 150 W, sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość podawania komunikatów głosowych | **Tak** |  |
|  | Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem, umieszczona w tylnej części dachu pojazdu, z modułami LED koloru niebieskiego, dodatkowe światła w technologii LED (robocze) do oświetlania przedpola za ambulansem oraz światła kierunkowskazów. | **Tak** |  |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | **Tak** |  |
|  | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się automatycznie po otwarciu drzwi | **Tak** |  |
|  | Dodatkowe sygnały pneumatyczne. | **Tak** |  |
|  | Dwie lampy w technologii LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego | **Tak** |  |
|  | Cztery reflektory zewnętrzne w technologii LED po bokach pojazdu w tylnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, po dwa każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy, jak i z przedziału medycznego, włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. | **Tak** |  |
|  | Oznakowanie pojazdu zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 03.01.2023 r:  a) wzór graficzny systemu z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm;  b) nadruk lustrzany "AMBULANS" barwy czerwonej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;  c) po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „T” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm;  d) 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia wykonane z folii:  - typu 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolami,  - typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szerokości min. 15 cm umieszczony wokół dachu,  - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pierwszym tirecie);  e) nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu;  f) naklejki/oznaczenia informujące o zakupie – zgodnie ze wzorem podanym przez Zamawiającego.  Przed wykonaniem oklejenia wymagane jest przedstawienie projektu do akceptacji Zamawiającego. | **Tak** |  |
|  | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:   1. światło rozproszone w technologii LED, umieszczone po obu stronach w górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcją ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne), 2. dodatkowa lampa w technologii LED umieszczona w przedniej części przedziału medycznego, załączana automatycznie po otwarciu drzwi, z wyłącznikiem czasowym dezaktywującym działanie lampy po 15 minutach w przypadku pozostawienia niedomkniętych drzwi przesuwnych do przedziału medycznego, 3. oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone w suficie nad noszami (min. 2 szt.), 4. oświetlenie punktowe w technologii LED regulowane umieszczone nad blatem roboczym. | **Tak** |  |
|  | Przedział medyczny (pomieszczenie dla pacjenta) powinien pomieścić urządzenia wyszczególnione poniżej.  Zabudowa specjalna na ścianie działowej:   1. szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w szuflady, 2. mocowanie do pojemnika na zużyte igły, po ustaleniu z Zamawiającym, 3. mocowanie do kosza na odpady, po ustaleniu z Zamawiającym, 4. mocowanie (podstawa) do drukarki HP Officejet 100 Mobile Printer 5. miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz, jak i z wewnątrz przedziału medycznego, 6. jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy, jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców. | **Tak** |  |
|  | Zabudowa specjalna na ścianie prawej:   1. minimum dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, 2. jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy z możliwością obserwacji twarzy pacjenta, jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3–punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko, za fotelem szafka z miejscem na urządzenie do automatycznego masażu klatki piersiowej. 3. uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych. | **Tak** |  |
|  | Szafka na wyposażenie medyczne | **Tak** |  |
|  | Zabudowa specjalna na ścianie lewej:   1. minimum cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, dodatkowa szafka zamykana na klucz, 2. na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego, 3. szafa z pojemnikami do uporządkowanego transportu i segregacji leków. | **Tak** |  |
|  | System szyn mocujących, umożliwiający bezpieczny montaż za pomocą płyt ściennych (różnej wielkości) urządzeń medycznych (tj. defibrylator, ssak, pompa infuzyjna) oraz zapewniający możliwość rozmieszczenia sprzętu według uznania Zamawiającego. | **Tak** |  |
|  | Szafka pomiędzy podłogą, a systemem szyn ściennych, wyposażona w roletę, umożliwiająca przewożenie różnego typu wyposażenia medycznego. Zabudowa medyczna zgodna z homologacją oraz badaniami przeciążeniowymi | **Tak** |  |
|  | Uchwyt do płynów infuzyjnych na minimum 3 szt. mocowane w suficie | **Tak** |  |
|  | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | **Tak** |  |
|  | Uchwyt (schowek) mocujący minimum 1 pudełko na rękawiczki jednorazowe, mieszczący opakowanie po 100 lub 200 sztuk o głębokości ok. 9 cm. | **Tak** |  |
|  | 1. Centralna instalacja tlenowa: 2. z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA, 3. sufitowy punkt poboru tlenu, 4. instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm. | **Tak** |  |
|  | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | **Tak** |  |
|  | 1. Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu | **Tak** |  |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym | **Tak** |  |
|  | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym | **Tak** |  |
|  | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo-sieciowy, z możliwością ładowania w ambulansie, wyposażony w światło typu LED. | **Tak** |  |
|  | Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy | **Tak** |  |
|  | Pełnowymiarowe koło zapasowe | **Tak** |  |
|  | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | **Tak** |  |
|  | Ambulans dostarczony na oponach letnich +komplet opon zimowych. | **Tak** |  |
|  | 1. Kamera cofania – kolor. | **Tak** |  |
|  | Gwarancja na bezusterkową eksploatację pojazdu: min. 24 miesiące (bez limitu kilometrów) od daty odbioru końcowego przedmiotu zamówienia. | **Tak**  **kryterium oceny** |  |
|  | Gwarancja na powłoki lakiernicze pojazdu – minimum 24 miesiące, okres liczony od daty odbioru końcowego przedmiotu zamówienia. | **Tak** |  |
|  | Gwarancja na perforację – minimum 120 miesięcy. Okres liczony od odbioru końcowego przedmiotu zamówienia | **Tak** |  |
|  | Gwarancja na zabudowę medyczną – minimum 24 miesiące. Okres liczony od daty odbioru końcowego przedmiotu zamówienia. | **Tak** |  |
|  | Dokonywanie w okresie gwarancji bezpłatnych przeglądów i bezpłatnych napraw zgodnych z instrukcją obsługi producenta ambulansów i zabudowy. Nie dotyczy wymiany elementów eksploatacyjnych. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu otrzymania na piśmie lub e-mailem zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **Tak** |  |
|  | W okresie gwarancji w przypadku awarii wyłączającej ambulans z systemu ratownictwa medycznego, Wykonawca jest zobowiązany do podstawienia sprawnego ambulansu typu A w ciągu 7 dni od momentu zgłoszenia awarii do jej usunięcia lub pokrycia kosztów wynajmu ambulansu zastępczego przez Zamawiającego. | **Tak** |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **Tak** |  |
|  | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny u autoryzowanego przedstawiciela (podać adresy i nr telefonów punktów serwisowych). | **Tak** |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY Opisać** |
| **NOSZE** | | | |
|  | **Marka** | **Podać** |  |
|  | **Typ** | **Podać** |  |
|  | **Rok produkcji nie starsze niż 2023** | **Podać** |  |
|  | Nosze monoblokowe, wielofunkcyjne, samojezdne, zasilane elektrycznie |  |  |
|  | Dedykowany, mechaniczny (bez zasilania elektrycznego) uchwyt noszy mocowany do lawety lub podłogi w ambulansie, umożliwiający utrzymanie całego ciężaru noszy z pacjentem bez wysiłku fizycznego w trakcie załadunku i wyładunku do i z ambulansu przez przynajmniej jedną osobę, bez użycia rampy, podjazdu, wciągarki itp. | **Tak** |  |
|  | Wyprofilowany materac w części środkowej dodatkowo stabilizujący miednicę w trakcie transportu, zwłaszcza u pacjentów otyłych. Umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. | **Tak** |  |
|  | Nosze wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją, zabezpieczone przed powstawaniem drobnych uszkodzeń np. farbą, anodą itp. (podać), odporne na środki dezynfekujące. | **Tak** |  |
|  | Konstrukcja noszy bezpieczna dla pacjenta i obsługi, ma zapobiegać uszkodzeniom ciała. | **Tak** |  |
|  | Nosze muszą posiadać trwałe oznakowanie elementów związanych z ich obsługą. | **Tak** |  |
|  | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości noszy. | **Tak** |  |
|  | Możliwość ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | **Tak** |  |
|  | Płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecy do kąta 90° | **Tak** |  |
|  | Możliwość skrócenia długości ramy noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach, windach itp. maksymalna długość po skróceniu 160 cm. | **Tak** |  |
|  | Składany teleskopowo statyw na kroplówki z mocowaniem. | **Tak** |  |
|  | Zagłówek mocowany do ramy noszy umożliwiający przedłużenie części noszowej dla pacjentów o wzroście powyżej 190 cm. | **Tak** |  |
|  | Stabilizator głowy pacjenta. | **Tak** |  |
|  | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy: pasy szelkowe, system szybkozłączy do odpinania i zapinania. | **Tak** |  |
|  | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 15 cm i szerokości 5 cm, obrotowe o 360o , min. 2 wyposażone w hamulce, blokada kół do jazdy na wprost. | **Tak** |  |
|  | System awaryjnego, ręcznego podnoszenia, opuszczania, załadunku i wyładunku noszy. | **Tak** |  |
|  | Automatyczne zwalnianie noszy z mocowania za pomocą jednego przycisku. | **Tak** |  |
|  | Rekomendowana wysokość załadunku do minimum 95. | **Tak** |  |
|  | Zakres temperatury pracy noszy zgodny z normą PN EN 1789 (lub normą równoważną). | **Tak** |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie noszy minimum 200 kg. | **Tak** |  |
|  | Dopuszczalna waga zestawu zgodna z normą PN EN 1865-2 (lub z normą równoważną) maksimum 75 kg. | **Tak** |  |
|  | Możliwość mycia ciśnieniowego, minimum IP66. | **Tak** |  |
|  | Certyfikat CE i zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych na żądanie Zamawiającego. | **Tak** |  |
|  | Nosze zgodne z aktualnymi normami ambulansowymi PN EN 1789, PN EN 1865-2, PN EN 1865-3 (lub z normami równoważnymi), certyfikaty wystawione przez niezależną jednostkę notyfikowaną, deklaracja zgodności – dostępne na żądanie Zamawiającego. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu otrzymania na piśmie, faxem lub e-mailem zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **Tak** |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **Tak** |  |
|  | Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. | **Tak** |  |
|  | Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe). | **Tak** |  |
| **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE z systemem rampa** | | | |
|  | **Marka** | **Podać** |  |
|  | **Typ** | **Podać** |  |
|  | **Rok produkcji nie starsze niż 2023** | **Podać** |  |
|  | Konstrukcja wykonana z mocnego aluminium | **Tak** |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego, miękkiego materiału typu winyl lub tworzywo ABS, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję. | **Tak** |  |
|  | Blokada zabezpieczająca przed samoczynnym złożeniem. | **Tak** |  |
|  | Średnica tylnych kółek minimum 17 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. | **Tak** |  |
|  | Wyposażone w minimum 4 kółka transportowe, z czego minimum 2 obrotowe. | **Tak** |  |
|  | Kąt pochylenia płóz minimum 25°. | **Tak** |  |
|  | Wymiary po całkowitym złożeniu (wysokość, głębokość, szerokość) max: 114 cm x 23,0 cm x 55 cm. | **Tak** |  |
|  | Waga maksymalna – do 13 kg | **Tak** |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie - **max 160 kg** | **Tak** |  |
|  | Certyfikat CE i zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych | **Tak** |  |
|  | Deklaracja zgodności z normą EN 1865-4 (lub normą równoważną) – na żądanie Zamawiającego, | **Tak** |  |
|  | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć, paszport techniczny oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu otrzymania na piśmie, faxem lub e-mailem zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **Tak** |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **Tak** |  |
|  | Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. | **Tak** |  |
|  | Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe). | **Tak** |  |
| **DEFIBRYLATOR PRZENOŚNY AED, pulsometr, ciśnieniomierz** | | | |
|  | **Marka** | **Podać** |  |
|  | **Typ** | **Podać** |  |
|  | **Rok produkcji nie starszy niż 2023** | **Podać** |  |
|  | Torba z paskiem na ramię do aparatu defibrylatora | **Tak** |  |
|  |  |  |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci i z zasilacza 230V AC | **Tak** |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z dedykowanej ładowarki z sieci 230 V AC. | **Tak** |  |
|  | Moduł ładowania samochodowego umożliwiający podłączenie defibrylatora do modułu za pomocą przeznaczonego do tego kabla, umożliwiający jego ładowanie w trakcie jazdy pojazdu. Złącze łączące moduł ładowania z defibrylatorem za pomocą gniazda wtykowego (umożliwiające szybkie podłączenie i odłączenie urządzenia), Zamawiający rozumie przez to dedykowaną ładowarkę samochodową DC | **Tak** |  |
|  | Tester ładowania akumulatora. | **Tak** |  |
|  | Zasilacz wbudowany | **Tak** |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze - min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J. | **Tak** |  |
|  | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg. | **Tak** |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzeni. | **Tak** |  |
|  | Norma IP min 44. | **Tak** |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna. | **Tak** |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED. | **Tak** |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii min od 5 do 360 J. | **Tak** |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – min 20 | **Tak** |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta. | **Tak** |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG. | **Tak** |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca. | **Tak** |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-250 u/min | **Tak** |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,125 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | **Tak** |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | **Tak** |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej min 8”. | **Tak** |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min 70mm | **Tak** |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych. | **Tak** |  |
|  | Transmisja danych przez modem do stacji odbiorczych. | **Tak** |  |
|  | Pomiar ciśnienia nieinwazyjnego NIBP. | **Tak** |  |
|  | Nieinwazyjny pomiar stężenia SpO2. | **Tak** |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2. | **Tak** |  |
|  | Certyfikat CE i zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych na żądanie Zamawiającego | **Tak** |  |
|  | Norma EN 60601-2-4:2011 | **Tak** |  |
|  | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć, paszport techniczny oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu otrzymania na piśmie, faxem lub e-mailem zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **Tak** |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **Tak** |  |
|  | Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. | **Tak** |  |
|  | Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe). | **Tak** |  |
| **PRZENOŚNY SSAK ELEKTRYCZNY** | | | |
|  | **Marka** | **Podać** |  |
|  | **Typ** | **Podać** |  |
|  | **Rok produkcji nie starszy niż 2023** | **Podać** |  |
|  | Ssak elektryczny przenośny wraz z płytą ścienną mocującą (mocowanie ścienne z szybkim i pewnym zaczepem oraz zasilaniem dla ssaka prądem stałym - ssak ładuje się natychmiast po zawieszeniu bez konieczności podłączenia dodatkowych przewodów zasilających) wyposażony w wbudowaną ładowarkę, ładowarka wbudowana w urządzenia i stanowiąca jej integralną część. | **Tak** |  |
|  | Ssak przeznaczony do odsysania osób dorosłych | **Tak** |  |
|  | Zasilanie z wewnętrznego akumulatora | **Tak** |  |
|  | Zasilanie bezpośrednie z zewnętrznego źródła zasilnia (bez zewnętrznego zasilacza) a) prądu stałego w zakresie 12-28V b | **Tak** |  |
|  | Ładowarka akumulatora wbudowana w urządzenie | **Tak** |  |
|  | Minimalny czas pracy na akumulatorze 45 min | **Tak** |  |
|  | Poziom generowanego hałasu poniżej 60 dBa | **Tak** |  |
|  | Ładowanie akumulatora z prądu stałego | **Tak** |  |
|  | Możliwość pracy bez akumulatora | **Tak** |  |
|  | Pojemnik zbiornika jednokrotnego użytku o pojemności min. 1000 ml, wyskalowany | **Tak** |  |
|  | Wielostopniowa, skokowa regulacja podciśnienia od 0 – 500 mmHg (0 – 0,66 bar) | **Tak** |  |
|  | Maksymalna wydajność powyżej 25l/min | **Tak** |  |
|  | Układ odcinający w przypadku wypełnienia się pojemnika | **Tak** |  |
|  | Filtr bakteryjny | **Tak** |  |
|  | Wskaźnik naładowania akumulatora | **Tak** |  |
|  | Elektroniczny autotest wewnętrzny urządzenia | **Tak** |  |
|  | Wymiana akumulatora bez użycia narzędzi | **Tak** |  |
|  | Wbudowany uchwyt na dren z końcówką | **Tak** |  |
|  | Aparat bryzgoszczelny norma min IP34D | **Tak** |  |
|  | Podświetlany wskaźnik podciśnienia dobrze widoczny w nocy | **Tak** |  |
|  | Certyfikat CE i zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych na żądanie Zamawiającego. | **Tak** |  |
|  | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć, paszport techniczny oraz wszelkie inne dokumenty umożliwiające prawidłowe korzystanie przez Zamawiającego z przedmiotu zamówienia. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dokonania dwóch bezpłatnych przeglądów okresowych (po pierwszym i drugim roku użytkowania) potwierdzonych wpisem do dokumentacji sprzętu. | **Tak** |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do każdorazowego podjęcia działań w celu usunięcia awarii przedmiotu zamówienia nie później niż w ciągu 72 godzin (w dni robocze) od momentu otrzymania na piśmie, faxem lub e-mailem zgłoszenia awarii przez Zamawiającego i udostępnienia przedmiotu zamówienia; maksymalny czas naprawy – do 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia o wadzie. | **Tak** |  |
|  | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | **Tak** |  |
|  | Koszty dojazdu do napraw w miejscowości zainstalowania urządzeń bezpłatnie oraz koszty wysyłki urządzeń do napraw warsztatowych na koszt serwisu. | **Tak** |  |
|  | Autoryzowany przez producenta serwis z siedzibą na terenie Polski (podać punkty serwisowe). | **Tak** |  |

**Uwaga! Załącznik nr 7 do SWZ stanowi integralną część oferty i nie podlega uzupełnieniu w związku z tym, w kolumnie „PARAMETR OFEROWANY Opisać” każda pozycja musi być opisana w przypadku braku wpisu oferta zostanie odrzucona.**

................................, dnia .................................. ................................................................

podpis(y) osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy