**Tabela Nr 2 pn.: „Parametry techniczne dodatkowo oceniane”**

**w kryterium:**

- parametry techniczne oferowanego ambulansu,

- parametry techniczne wyposażenia medycznego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry techniczne oferowanego ambulansu** | **Punktacja** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę, wpisać:**  **TAK (podać opis) lub NIE** |
| Reflektory główne przednie typu LED oraz światła do jazdy dziennej typu LED | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| Elektryczne ogrzewanie pomocnicze w kabinie kierowcy w mocy min. 1,4 kW | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt |  |
| Kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera (w kabinie kierowcy) | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| Ogrzewana elektrycznie szyba przednia (nie mylić z nadmuchem ciepłego powietrza) | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| **Parametry techniczne oferowanego wyposażenia medycznego** | | |
| **Nosze główne rozłączne:**  Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia oraz ułożenia głowy na wznak do pozycji węszącej | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| **Nosze główne rozłączne:**  Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| **Nosze główne rozłączne:**  Rama noszy wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| **Transporter noszy głównych:**  Dodatkowe uchylne uchwyty transportera ułatwiające manewrowanie z możliwością odblokowania regulacji wysokości goleni | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| **Transporter noszy głównych:**  Rama transportera wykonana z profili o przekroju prostokątnym (podwyższona wytrzymałość na ekstremalne przeciążenia) | TAK – 5 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
| **Krzesełko kardiologiczne:**  Wyposażone w siedzisko i oparcie mocowane fabrycznie na stałe z twardego materiału typu ABS o wysokiej odporności na ścieranie, pęknięcia, odporne na bakterie, grzyby, zmywalne i umożliwiające dezynfekcję | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt |  |

**Zamawiający nie wymaga zapewnienia wymienionych w Tabeli dodatkowych parametrów technicznych. Ich zapewnienie będzie przedmiotem oceny w ramach kryteriów poza cenowych.**

**………………………….. ……………………………………………..**

**data, miejscowość podpis Wykonawcy**