**Szczegółowe wymagania techniczne i jakościowe**

**I - pojazd bazowy – przeznaczony do adaptacji na ambulans**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczno-użytkowe** | TAK/NIE  | Opis oferowanego ambulansu i wyposażenia (należy odnieść się do każdego parametru wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia oraz wymagań w kolumnie) |
| A | B | C | D |
|  | pojazd fabrycznie nowy, rok produkcji 2016 r. |  | *Podać rok produkcji:* **2016** |
|  | aktualne świadectwo homologacji pojazdu kompletnego  |  | *Podać datę wydania i nr:* |
| **POJAZD BAZOWY** |
| **NADWOZIE** |
|  | typu „furgon” , częściowo przeszklony z DMC do 3,5 t dopuszczalnej masy całkowitej |  |  |
|  | kabina kierowcy dwuosobowa, fotele fabrycznie obite tapicerką łatwo zmywalną |  |  |
|  | wysokość przedziału ładunkowego min. 1,90 m  |  | *Podać w metrach:* |
|  | długość przedziału ładunkowego min. 3,25 m |  | *Podać w metrach:* |
|  | szerokość przedziału ładunkowego min. 1,75 m |  | *Podać w metrach:* |
|  | drzwi tylne wysokość min. 1,75 m, przeszklone, ze stopniem, otwierane na boki do kąta min. 260o, , wyposażone w blokadę oraz ogranicznik położenia skrzydeł |  |  |
|  | drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym  |  |  |
|  | lakier w kolorze białym |  |  |
|  | centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z autoalarmem, sterowany pilotem |  |  |
|  | drzwi boczne przesuwne (prawe i lewe do przedziału ładunkowego) z elektrycznym fabrycznym system wspomagania ich domykania (fabryczne tj. będące oryginalnym wyposażeniem pojazdu bazowego). |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | czołowa i boczna poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera |  |  |
|  | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny |  |  |
| **SILNIK** |
|  | z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z bezpośrednim wtryskiem paliwa typu COMMON RAIL, o pojemności powyżej 2 000 cm3 |  | *Podać pojemność w cm3:* |
|  | moc silnika minimum 160 KM,  |  | *Podać w KM:* |
|  |  max. moment obrotowy nie mniejszy niż 360 Nm |  | *Podać w Nm:* |
|  | spełniający wymogi normy Euro VI |  |  |
| **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |
|  | skrzynia biegów manualna, zsynchronizowana, min. 5–biegowa + bieg wsteczny (podać ilość biegów) |  |  |
|  | napęd na koła tylne lub 4x4  |  |  |
|  | elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) |  |  |
| **ZAWIESZENIE** |
|  | fabryczne wzmocnione stabilizatory osi przedniej i tylnej  |  |  |
|  | gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów |  |  |
| **UKŁAD HAMULCOWY** |
|  | hamulce tarczowe na osi przedniej i tylnej ze wspomaganiem |  |  |
|  | system ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania |  |  |
|  | elektroniczny system podziału siły hamowania |  |  |
|  | system zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej (np. ASR) + system wspomagania ruszania pod górę |  |  |
| **UKŁAD KIEROWNICZY** |
|  | ze wspomaganiem |  |  |
|  | regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach |  |  |
| **OGRZEWANIE I KLIMATYZACJA** |
|  | niezależny od pracy silnika system ogrzewania kabiny kierowcy o mocy min. 5,0 kW, umożliwiający ogrzanie silnika, a także kabiny kierowcy przed rozruchem silnika  |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | klimatyzacja kabiny kierowcy |  | *Podać kod fabryczny:* |
| **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
|  | zespół 2 akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | alternator o wydajności min. 200 A |  | *Podać kod fabryczny:* |
| **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
|  | fabryczny aktywny system serwisowy automatycznie obliczający terminy serwisu i przeglądu na podstawie lepkości oleju, ilości przejechanych km, informujący o następnym przeglądzie serwisowym. System ma działać przez cały okres użytkowania pojazdu tj. wskazywać ilość kilometrów do następnego przeglądu serwisowego w każdym momencie użytkowania pojazdu |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | pełnowymiarowe koło zapasowe – 1 szt. + kpl. 4 kół zimowych (opony, felgi, czujniki ciśnienia) |  |  |
|  | elektrycznie regulowane oraz podgrzewane lusterka boczne |  |  |
|  | elektrycznie otwierane szyby w kabinie kierowcy |  |  |
|  | zbiornik paliwa o pojemności min. 75 l |  |  |
|  | ogrzewana elektrycznie szyba przednia |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | sygnał informujący kierowcę o niezapiętym pasie bezpieczeństwa |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | kamera cofania z czujnikami |  |  |
|  | czujnik światła i deszczu |  | *Podać kod fabryczny:* |
|  | radioodtwarzacz |  |  |

**II - Adaptacja pojazdu bazowego na ambulans**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczno-użytkowe** | TAK/NIE | Opis oferowanego ambulansu i wyposażenia (należy odnieść się do każdego parametru wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia oraz wymagań w kolumnie) |
| A | B | C | D |
| **NADWOZIE** |
|  | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1800  |  | *Podać wymiary przedziału w mm:* |
|  | zewnętrzny 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 z systemem płozowym, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do min. 2 szt. plecaków / toreb medycznych umieszczonych w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaków/toreb – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu) |  | *Podać wymiary schowka w mm:* |
|  | Wysokość ambulansu z sygnalizacją świetlną (w najwyższym punkcie) – max. 279 cm |  |  |
|  | okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą lub zmatowione.  |  |  |
| **OGRZEWANIE, WENTYLACJA I KLIMATYZACJA** |
|  | ogrzewanie przedziału medycznego cieczą chłodzącą silnik poprzez nagrzewnicę zamontowaną w przedziale medycznym z możliwością ustawienia temperatury i termostatem |  |  |
|  | ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2100 W |  |  |
|  | mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego |  |  |
|  | niezależne od pracy i układu chłodzenia silnika ogrzewanie przedziału medycznego o mocy min. 5,5 kw z możliwością ustawienia temperatury i termostatem  |  | *Podać markę i model:* |
|  | rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy, po rozbudowie klimatyzacja dwuparownikowa przedziału medycznego i kabiny kierowcy z możliwością niezależnej regulacji wielkości nawiewu zarówno dla przedziału medycznego jak i kabiny kierowcy; nawiew klimatyzowanego zimnego powietrza do przedziału medycznego przez urządzenie uzdatniające wydmuchiwane powietrze. Uzdatnianie powietrza ma polegać na zmniejszeniu poziomu bakterii, wirusów, zarodników, pleśni  |  |  |
| **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO ‑ -DZWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
|  | Zespolone urządzenie sygnalizacyjno-nagłaśniające: belka świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory robocze zamontowana na przedniej części dachu wraz z napisem „ambulans”, sygnalizacja modulowana realizowana przez głośnik zamontowany na pasie przednim lub w komorze silnika, możliwość podawania komunikatów głosem |  | *Podać markę i model:* |
|  | 2 niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED na wysokości pasa przedniego,  |  |  |
|  | Lampa błyskowa, niebieska, typu LED umieszczona w tylnej części dachu (tzw. kogut) |  | *Podać markę i model:* |
|  | lampy świateł awaryjnych na drzwiach tylnych w pozycji „otwartej” |  |  |
|  | pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, dodatkowy pas czerwony z folii typu 3 (mikro pryzmatycznej) pod niebieskim oraz wokół dachu  |  |  |
|  | napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu |  |  |
|  | standardowe oznaczenie typu karetki literą „S” wpisaną w okrąg na bokach i drzwiach tylnych pojazdu |  |  |
|  | na drzwiach kierowcy i pasażera naklejony napis z nazwą Zamawiającego (do uzgodnienia po podpisaniu umowy) |  |  |
|  | reflektory zewnętrzne po bokach pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym typu LED do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego |  |  |
|  | sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100W z możliwością podawania komunikatów głosem |  |  |
|  | dodatkowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej |  | *Podać markę i model:* |
| **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
|  | oświetlenie rozproszone w kolorze naturalnym typu LED  |  |  |
|  | oświetlenie skupione – z regulacją kąta padania światła - zamontowane nad noszami w suficie, umożliwiające bezpieczną obsługę pacjenta |  |  |
|  | oświetlenie punktowe blatu roboczego |  |  |
| **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
|  | zasilanie zewnętrzne 230 V z 2 gniazdami wewnętrznymi z zabezpieczeniem uniemożliwiającym rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym oraz z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym |  |  |
|  | automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju  |  | *Podać markę i model ładowarki:* |
|  | min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych. Gniazda zabezpieczone przed zalaniem i zabrudzeniem, wyposażone we wtyki  |  |  |
|  | grzałka w bloku silnika (w układzie cieczy chłodzącej silnik) zasilana z sieci 230V (dodatkowe gniazdo zewnętrzne z przewodem zasilającym od długości min. 10,0 m). Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu do sieci 230V. |  |  |
| **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
|  | antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian |  |  |
|  | ściany boczne, sufit i podłoga pokryte specjalnym tworzywem sztucznym- łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące |  |  |
|  | ściany boczne wzmocnione płytami np. z aluminium, przystosowane do zamocowania sprzętu medycznego |  |  |
|  | ściany boczne i sufit w kolorze białym |  |  |
|  | na prawej ścianie jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia – podać zakres regulacji) – fotel z systemem przesuwu wzdłuż noszy pozwalający zająć odpowiednią pozycję przy pacjencie (przesuw dostępny w każdym momencie eksploatacji nie wymagający używania dodatkowych narzędzi) |  | *Podać markę i model oraz zakres regulacji:* |
|  | przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy w zakresie 360 stopni tj. umożliwiający jazdę tyłem lub przodem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia – podać zakres regulacji) - fotel z systemem przesuwu między wezgłowiem noszy , a ścianą działową pozwalający zająć odpowiednią pozycję przy pacjencie (przesuw dostępny w każdym momencie eksploatacji nie wymagający używania dodatkowych narzędzi) |  | *Podać markę i model oraz zakres regulacji:* |
|  | przegroda między kabiną kierowcy, a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne (minimalna wysokość przejścia 1800 mm - podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789. |  | *Podać wysokość przejścia (prześwit) w* c*m:* |
|  | 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. deska pediatryczna, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torba opatrunkowa,- szafka na narkotyki z zamkiem szyfrowym,- 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.). – całokształt zabudowy meblowej do uzgodnienia po podpisaniu umowy |  |  |
|  | zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną, z pojemnikami na zużyte igły, strzykawki (min. 2 szt. pojemników) i z szufladami (min. 2 szt.) - kosz na śmieci zamontowany w szufladzie otwieranej/zamykanej stopą- uchwyt mocujący min. 2 szt. pudełek na rękawiczki jednorazowe  |  |  |
|  | sufitowe uchwyty do kroplówek na min. 3 szt. pojemników |  |  |
|  | uchwyty dla personelu medycznego |  |  |
|  | montaż uchwytu na defibrylator Life Pak 15 (dostarczenie uchwytu po stronie Wykonawcy) - montaż i rozmieszczenie uzgodnione po podpisaniu umowy |  |  |
|  | dwie szyny z trzema adapterami do mocowania sprzętu medycznego na ścianie lewej (trzy sztuki adapterów pod uchwyty do sprzętu medycznego) |  |  |
|  | centralna instalacja tlenowa:- dwie duże (10l) butle tlenowe- 2 szt. reduktorów do butli 10 l - minimum 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu AGA z przepływomierzami- sufitowy wtyk tlenowy z przepływomierzem na prawej ścianie- manometr ciśnienia w instalacji tlenowej oraz przełącznik butla/butla – wybór butli z której ma być pobierany tlen - uchwyt do małej butli tlenowej (umiejscowienie do ustalenia po podpisaniu umowy) |  | *Podać ilość gniazd:* |
|  | konstrukcja ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony |  |  |
|  | konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych |  |  |
|  | podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę |  | *Podać markę i model:* |
|  | zamontowany na prawej ścianie (przy fotelu obrotowym) dotykowy 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
 |  |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. |  |  |
|  | Instalacja próżniowa z regulacją siły ssania oraz manometrem podciśnienia – zestaw kompletny do użycia wyposażony w słój o pojemności min. 1 l oraz przewód o długości min. 1,5 m zakończony łącznikiem do cewników. |  |  |
| **WYPOSAŻENIE DODATKOWE** |
|  | urządzenie do wybijania szyb |  |  |
|  | dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym |  |  |
|  | kosz na śmieci |  |  |
|  | nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa |  |  |
|  | kabina kierowcy ma być wyposażona w dotykowy panel kontrolny:* + informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych
	+ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V
	+ 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 (awaryjnych)
	+ wskaźnik temperatury zewnętrznej
 |  |  |
|  | instalacja antenowa, elektryczna i głośnikowa w kabinie kierowcy do podłączenia radia łączności radiowej oraz dodatkowe głośniki zamontowane w przedziale medycznym |  |  |
|  | Zainstalowany terminal statusów DTS-3001CE, drukarka OKI 3320 z interfacem lub równoważne, podać markę i model (szczegóły montażu zostaną uzgodnione po podpisaniu umowy)  |  |  |
|  | Łączność radiowa:- na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następujące wymogi:- zakres częstotliwości -168-170 MHz- współczynnik fali stojącej -1,6- polaryzacja pionowa- charakterystyka promieniowania –dookólna- odporność na działanie wiatru 55 m/s- w przedziale medycznym głośniki z możliwością podłączenia do radiotelefonu- radiotelefon przewoźny serii DM 4600 VHF lub równoważny (podać markę i model) |  |  |
| **SPRZĘT MEDYCZNY** |
|  | Model urządzenia / producent / rok produkcjiNosze główne:- potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha,- płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75°,- wysuwane rączki do przenoszenia- pasy zabezpieczające o regulowanej długości mocowane bezpośrednio do ramy noszy (w tym pasy szelkowe),- fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia na transporterze- możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy,- cienki nie sprężynujący materac z tworzywa sztucznego o powierzchni antypoślizgowej nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące,- składany wieszak na pojemnik z płynami infuzyjnymi,- składane oparcia boczne,- nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi.- uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia- waga noszy (bez pasów i materaca) do 25 kgTRANSPORTER DO NOSZY GŁÓWNYCH:- z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami,- z możliwością zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy,- dodatkowe uchylne uchwyty transportera min. 4 główne uchwyty transportera oraz 2 dodatkowe ułatwiające manewrowanie , uchylne uchwyty dodatkowe z funkcją odblokowywania goleni- przyciski blokady goleni kodowane kolorami- z wielostopniową regulacją wysokości minimum w 4 poziomach,- wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie o 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce- możliwością zablokowania dwóch kół do jazdy na wprost,- możliwość odblokowania kółek do jazdy na wprost realizowana przez fabrycznie zamontowany system pozwalający na prowadzenie transportera bokiem przez jedną osobę z dowolnego miejsca na obwodzie transportera- 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.- obciążenie dopuszczalne co najmniej 200 kg,- transporter noszy musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie i środkami antykorozyjnymi, odporny na środki dezynfekujące.- możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia,- z systemem mocowania transportera do lawety ambulansu- instrukcja obsługi zestawu transportowego umieszczona w widocznym miejscu,- Waga transportera do 28 kg. - Dopuszcza się wyższą wagę transportera do 34 kg, przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1789 i PN EN 1865 odpowiednim certyfikatem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC - folder, instrukcja obsługi, deklaracja zgodności lub CE – załączyć do oferty,- atest zgodności z normą PN-EN 1789 oraz PN-EN 1865 na oferowany system transportowy ( nosze, transporter, mocowanie ) wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną – załączyć do ofertyUwaga: Nosze powinny być kompatybilne z systemem mocowania noszy znajdującym się w obecnym ambulansie należącym *do szpitala w Lidzbarku Warmińskim. (zamontowane nosze – Stryker M1)* |  |  |

**III - Gwarancja**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis przedmiotu zamówienia – pozostałe wymagania** | Deklarowany okres gwarancji  | Punktacja |
| A | B | C | D |
|  | Przedmiot zamówienia musi mieć zapewnioną minimum: |  |  |
|  | Gwarancję na pojazd bazowy min. 24 miesiące bez limitu kilometrów |  | **24 miesiące - 0 pkt.****36 miesięcy - 5 pkt.****48 miesięcy i powyżej - 10 pkt.** |
|  | Gwarancję na zabudowę medyczną min. 36 miesiąc  |  | **36 miesięcy - 0 pkt.****42 miesiące - 3 pkt.****48 miesięcy i powyżej - 6 pkt.** |
|  | Gwarancję na wyposażenie ambulansu - min. 24 miesiąc  |  | **24 miesiące - 0 pkt.****30 miesięcy - 2 pkt.****36 miesięcy i powyżej - 4 pkt.** |
|  | Gwarancję na powłoki lakiernicze min. 24 miesiące |  | **24 miesiące - 0 pkt.****30 miesięcy - 2 pkt.****36 miesięcy i powyżej - 4 pkt.** |
|  | Gwarancję na perforację blach nadwozia min. 72 miesiące |  | **72 miesiące - 0 pkt.****84 miesięcy - 1 pkt.****96 miesięcy i powyżej - 2 pkt.** |

**IV – Przeglądy, naprawy w okresie gwarancji i inne wymagania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis przedmiotu zamówienia – pozostałe wymagania** | TAK/NIE  | Opis oferowanego przedmiotu zamówienia (należy odnieść się do każdego parametru wskazanego w opisie przedmiotu zamówienia) |
| A | B | C |  |
|  | bezpłatne przeglądy techniczne pojazdu bazowego w okresie gwarancji. Minimum 1 przegląd rocznie. |  |  |
|  | bezpłatne przeglądy zabudowy i wyposażenia medycznego. Minimum 1 przegląd rocznie. |  |  |
|  | bezpłatne naprawy w okresie gwarancji wynikające z warunków gwarancji |  |  |
|  | czas reakcji serwisu do 48 godzin od zgłoszenia, podać nr telefonu, e-mail |  |  |
|  | przeglądy i naprawy pojazdu bazowego w okresie gwarancji w autoryzowanej stacji obsługi |  |  |
|  | przeglądy i naprawy zabudowy i wyposażenia medycznego w okresie gwarancji w siedzibie Zamawiającego |  |  |
|  | czas naprawy zabudowy i wyposażenia medycznego do 5 dni roboczych |  |  |
|  | zapewnienie równoważnego, zastępczego środka transportu na czas naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych na koszt Wykonawcy |  |  |
|  | dostarczenie przedmiotu umowy do i z naprawy-w przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie Zamawiającego-w miejsce wskazane przez Wykonawcę i na jego koszt |  |  |
|  | trzy naprawy gwarancyjne tego samego modułu/części uprawniają do wymiany modułu/części na nowe |  |  |
|  | w przypadku napraw trwających dłużej niż 5 dni roboczych-przedłużenie terminu gwarancji o liczbę dni przedłużenia naprawy powyżej 5 dni roboczych |  |  |
|  | przeszkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi i eksploatacji przedmiotu zamówienia |  |  |