### / Załącznik Nr 1 do SWZ

*po zm. z dn. 18.05.21*

ZOZ.V.260/23/ZP/21

**Tabela nr 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - WYMAGANIA**

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

………………………………………………………………………………………………………..…

Ambulans drogowy typu C przystosowany do transportu maksymalnie jednego pacjenta na noszach oraz trzy osobowego zespołu specjalistycznego/podstawowego ratownictwa medycznego (do wykorzystywania jako ambulans typu S lub P zgodnie z wytycznymi NFZ):

| **Lp.** | | **Opis przedmiotu zamówienia – parametry wymagane** | **Parametry wymagane**  **(wpisać TAK)** | **Parametry oferowane (opisać)\*** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wymogi w zakresie pojazdu bazowego** | | | | |
| **I. 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 z systemem blokowania przy otwieraniu, 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 biały lub żółty |  |  | |
| **7.** | | Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. |  |  | |
| **8.** | | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka |  |  | |
| **II. SILNIK** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych |  |  | |
| **2.** | | Moc silnika minimum 160 KM , moment obrotowy nie mniejszy niż 380 Nm |  |  | |
| **3.** | | Silnik spełniający obowiązujące na dzień dostawy normy emisji  spalin, |  |  | |
| **III. ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Skrzynia biegów manualna lub automatyczna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów |  |  | |
| **2.** | | Napęd na jedną oś (przednią lub tylną – podać) |  |  | |
| **3.** | | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny |  |  | |
| **4.** | | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania |  |  | |
| **IV. ZAWIESZENIE** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność  i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów |  |  | |
| **V. 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” |  |  | |
| **VI. UKŁAD KIEROWNICZY** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Ze wspomaganiem. |  |  | |
| **2.** | | Regulowana kolumna kierownicy |  |  | |
| **VII. KOŁA I OGUMIENIE** | | | ----------- | ------------------------------------------------ | |
| **1.** | | Rozmiar felg min. 16 cali |  |  | |
| **2.** | | Opony letnie na felgach stalowych |  |  | |
| **3.** | | Dodatkowo komplet opon zimowych na felgach stalowych |  |  | |
| **VIII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Zespół dwóch akumulatorów o łącznej pojemności min. 160 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 mocy minimum 200 A |  |  | |
| **IX. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. |  |  | |
| **2.** | | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 L. |  |  | |
| **3.** | | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (min. dwa rodzaje). |  |  | |
| **4.** | | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. |  |  | |
| **5.** | | Klimatyzacja kabiny kierowcy. |  |  | |
| **6.** | | Lusterka zewnętrzne, regulowane i podgrzewane elektrycznie |  |  | |
| **7.** | | Lusterko wewnętrzne. |  |  | |
| **8.** | | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie. |  |  | |
| **9.** | | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi |  |  | |
| **10.** | | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. |  |  | |
| **11.** | | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża |  |  | |
| **12.** | | Zestaw naprawczy + koło zapasowe dostarczone luzem |  |  | |
| **X. WYMAGANIA OGÓLNE** | | | -------------- | ----------------------------------------------- | |
| **1.** | | Pojazd fabrycznie nowy, **rok produkcji nie starszy niż 2020** | TAK  (podać rok produkcji) |  | |
| **2.** | | Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:   1. kartę pojazdu, 2. wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanego( po zabudowie) 3. instrukcję obsługi pojazdu 4. książkę obsługi (przeglądów ) pojazdu bazowego 5. kartę gwarancyjną pojazdu 6. kartę gwarancyjną zabudowy przedziału medycznego 7. instrukcję obsługi elementów zabudowy przedziału medycznego, 8. karty gwarancyjne elementów zabudowy posiadających odrębną gwarancję 9. instrukcje obsługi urządzeń i sprzętu stanowiących wyposażenie ambulansu (w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim), 10. karty gwarancyjne urządzeń i sprzętu stanowiących wyposażenie ambulansu 11. paszporty techniczne wyposażenia medycznego 12. deklarację zgodności na pojazd po zabudowie 13. dokumenty informujące o siedzibach serwisów gwarancyjnych i pogwarancyjnych (ambulansu i wyposażenia). 14. dokumenty umożliwiające zarejestrowanie pojazdu jako pojazd specjalny sanitarny |  |  | |
| **Wymogi w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** | | | | | |
| **I. NADWOZIE** | | | ------- | ------------------------------------ | | |
|  | | Minimalne wymiary przedziału medycznegow 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 10 l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być zapewniony dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu) |  |  | | |
|  | | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową |  |  | | |
|  | | Miejsce wraz z mocowaniem 2 kasków ochronnych |  |  | | |
| **II. 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 |  |  | | |
|  | | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju |  |  | | |
|  | | 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), |  |  | | |
|  | | Rozbudowa fabrycznej klimatyzacji kabiny kierowcy na przedział medyczny (po rozbudowie klimatyzacja dwu parownikowa z niezależną regulacją nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego) |  |  | | |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | ------- | ------------------------------------ | | |
|  | | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:  1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V   1. minimum trzy 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. |  |  | | |
| **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 |  |  | | |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | ------- | ------------------------------------ | | |
|  | | 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 lampa świetlna typu LED, tzw. „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 lub zintegrowaną manetkę |  |  | | |
|  | | Oznakowanie pojazdu:  - 3 pasy odblaskowe (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne …)wykonanych z folii:  a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli  b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu  c) 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 17.12.2019r. jw.  - oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019r. jw.  - 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 |  |  | | |
| **V. 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 – uchwyt + wyprowadzone i obrobione końcówki do radiotelefonu motorolla DM46.  Sposób montażu uchwytu radiotelefonu ma umożliwiać korzystanie z niego w trakcie jazdy ambulansu (radiotelefon nie może być niczym przysłonięty) |  |  | | |
|  | | Zestaw anten dwuzakresowych GPS/GSM umożliwiających prawidłowe działanie wszystkich elementów systemu SWD PRM |  |  | | |
|  | | Głośnik w przedziale medycznym z możliwością podłączenia do radia |  |  | | |
|  | | Zamontowanie uchwytów mocujących stację dokującą pod tablet w kabinie kierowcy oraz doprowadzenie przewodów zasilających i przewodu USB łączącego tablet z drukarką.(bez tabletu i bez drukarki,). Uchwyt do drukarki umożliwiający korzystanie z niej podczas jazdy ambulansu. Stacja dokująca po stronie Wykonawcy. Zamawiający używa drukarek HP202 oraz tabletów durabook.  Sposób montażu uchwytów mocujących stację dokującą pod tablet oraz do drukarki ma umożliwiać korzystanie z tabletu i drukarki w trakcie jazdy ambulansu (tablet i drukarka nie mogą być niczym przysłonięte)  Uchwyty mocujące mają być przebadane na przeciążenia 10G (wg wymagań normy PN-EN 1789+A2 – dokumenty potwierdzające do wglądu na żądanie Zamawiającego) |  |  | | |
|  | | Instalacja logiczno-elektryczna wraz z antenami umożliwiającymi włączenie ambulansu do systemu SWD PRM. Wykonawca ma dostarczyć ambulans z zamontowanym modułem GPS-Teltonika oraz stacja dokującą do tabletu. (tablet, uchwyt do drukarki z zasilaczem, drukarka – po stronie Zamawiającego). |  |  | | |
| **VI. 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  Fotel wyposażony w system przesuwu niewymagający od Użytkownika używania narzędzi do przesuwu fotela tzn. możliwość przesuwania fotela analogiczna (podobna funkcjonalnie) jak w fotelu kierowcy. System ma umożliwiać zajęcie prawidłowej pozycji przy noszach oraz ułatwiać przechodzenia z kabiny kierowcy do przedziału medycznego. Zwolnienie mechanizmu przesuwu ma znajdować się na fotelu oraz przy przejściu na ścianie działowej. |  |  | | |
|  | | 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 |  |  | | |
|  | | 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  - 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 3 szt. |  |  | | |
|  | | 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 mocujące do których mogą być przykręcane, w różnych kombinacjach 3 lub 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 butli 10l.  - minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego  - dodatkowy uchwyt na dwie małe butle przenośne.  - bez butli i reduktorów |  |  | | |
|  | | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. |  |  | | |
| * + 1. **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | ------- | ------------------------------------ | | |
|  | | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. |  |  | | |
| 1. **praca** | | 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. |  |  | | |
|  | | Lampka typu kokpit |  |  | | |
|  | | Ampularium |  |  | | |
|  | | Tablica do pisania |  |  | | |
|  | | Urządzenie do oczyszczania powietrza  Urządzenie do oczyszczania powietrza z wirusów i bakterii, grzybów, pleśni oraz lotnych związków organicznych w przestrzeni roboczej ambulansu.  Urządzenie ma oczyszczać powietrze dostające się do wnętrza ambulansu z pacjentem oraz personelem, oraz powietrze wydychane przez pacjenta w trybie ciągłym podczas pracy personelu.  Przeznaczone do montażu w ambulansie w celu zapewnienia bezpiecznej strefy czystego powietrza dla personelu i pacjentów.  Praca urządzenie nie może powodować żadnej degradacji sprzętu medycznego i powierzchni wewnętrznych ambulansów.  Wyposażenie urządzenia: - wentylator zasysający - filtr z węglem aktywnym - sekcje fotokatalityczne - sekcje lamp UV - filtr kokosowy.  Wymiary zewnętrzne nie większe niż (mm): wys. 390±2, dł.300±2, szer. 127±2.  Zasilanie urządzenia 230V/50Hz  Waga maksymalnie do 7,0 kg  Poziom hałasu - nie większy niż 35 db(A). |  |  | | |
| **6.1** | | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK  (podać ile) |  | | |
|  | | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy |  |  | | |
|  | | Dywaniki podłogowe |  |  | | |
| **VIII. WYMAGANIA OGÓLNE** | | | ------------- | ----------------------------------------------------------- | | |
| **1.** | Gwarancja na samochód bazowy – min. 24 miesiące  bez limitu kilometrów | | TAK  (podać ile) |  | | |
| **2.** | Gwarancja na powłokę lakierniczą – min. 24 miesięcy  bez limitu kilometrów | | TAK  (podać ile) |  | | |
| **3.** | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące  bez limitu kilometrów | | TAK  (podać ile) |  | | |
| **4.** | Gwarancja na perforację nadwozia – min. 36 miesiące  bez limitu kilometrów | | TAK  (podać ile) |  | | |
| **5.** | Zamawiający dopuszcza dostawę na kołach | |  |  | | |
| **6.** | Za okresowe przeglądy eksploatacyjne ambulansu i sprzętu medycznego płaci Zamawiający.  **Uwaga!** Nie należy wliczać pakietów serwisowych w ofertę | |  |  | | |
| **IX. SPRZĘT MEDYCZNY** | | | ------- | ------------------------------------ | | |
| 1. **NOSZE (ZESTAW TRANSPORTOWY)** | | | | | | |
|  | | Nosze fabrycznie nowe |  |  | | |
|  | | Wykonane z materiału odpornego na korozje lub z materiału zabezpieczonego przed korozją |  |  | | |
|  | | Długość całkowita noszy min. 205 cm |  |  | | |
|  | | Szerokość całkowita noszy min. 58 cm |  |  | | |
|  | | Skracana rama noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach. |  |  | | |
|  | | Całkowita długość noszy po skróceniu max. 160 cm. |  |  | | |
|  | | Możliwość pochylenia, częściowego lub pełnego rozłożenia podparcia pleców noszy nawet po skróceniu ramy noszy |  |  | | |
|  | | Nosze wyposażone w zagłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający ich przedłużenie w przypadku transportu pacjenta o znacznym wzroście |  |  | | |
|  | | Uchylny stabilizator głowy pacjenta z możliwością wyjęcia, ułożenia głowy na wznak oraz do tzw. pozycji węszącej |  |  | | |
|  | | Płynna elektryczna i zapasowa manualna regulacja wysokość leża noszy w zakresie min. 36-105 cm |  |  | | |
|  | | Udźwig noszy powyżej 300 kg. |  |  | | |
|  | | Fabrycznie zamontowany gumowy odbojnik na całej długości bocznej ramy noszy chroniący przed uszkodzeniami przy otarciach lub uderzeniach podczas przenoszenia lub prowadzenia zestawu |  |  | | |
|  | | Nosze 3 segmentowe z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej oraz pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha |  |  | | |
|  | | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnym funkcji |  |  | | |
|  | | Płynna regulacja kąta nachylenia oparcia pleców wspomagana sprężyną gazową do min. 75 ° |  |  | | |
|  | | Rozkładane poręcze boczne zwiększające powierzchnię poprzeczną noszy, regulowane w 7 pozycjach ułatwiające transport pacjentów otyłych, certyfikowane w zakresie normy  PN-EN 1865-3:2012+ A1:2015 |  |  | | |
|  | | Nosze wyposażone w 4 pełne koła jezdne, obrotowe w zakresie 360° o średnicy min. 15 cm. Min. 2 koła wyposażone w hamulce. 2 koła kierunkowe z systemem blokady toczenia na wprost (zwolnienie i uruchomienie blokady dostępne z przodu i z tyłu noszy) |  |  | | |
|  | | 3 częściowy, składany teleskopowo wieszak na płyny infuzyjne |  |  | | |
|  | | Zestaw pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy |  |  | | |
|  | | Wyprofilowany materac umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, przystosowany do przewozu pacjentów otyłych o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. Materac niepalny zgodny z normą EN 597-1 |  |  | | |
|  | | Kodowane kontrastowymi kolorami oznakowanie elementów związanych z obsługą noszy |  |  | | |
|  | | Uchwyty do prowadzenia i sterowania elektrycznego noszy na dwóch poziomach wysokości, zapewniające łatwą obsługę noszy personelowi medycznemu o zróżnicowanym wzroście |  |  | | |
|  | | Wyświetlacz stanu naładowania akumulatora wbudowany w nosze |  |  | | |
|  | | Licznik godzin pracy ułatwiający określenie czasu przeprowadzania wymaganego przeglądu technicznego |  |  | | |
|  | | System bezprzewodowego ładowania akumulatora noszy po wpięciu w mocowanie, sygnalizacja świetlna rozpoczęcia procesu ładowania |  |  | | |
|  | | Możliwość szybkiej, bezpiecznej wymiany akumulatora w noszach bez pomocy narzędzi |  |  | | |
|  | | Nosze z automatycznym, hydrauliczno-elektrycznym systemem podnoszenia, obniżania; z elektrycznym wprowadzaniem noszy z i do ambulansu, eliminującym ręczne przenoszenie pełnego ciężaru pacjenta i noszy |  |  | | |
|  | | Dodatkowy/rezerwowy system ręcznej obsługi noszy w tym: opuszczania, podnoszenia, załadunku i wyładunku noszy z ambulansu |  |  | | |
|  | | Ręczna obsługa noszy (opuszczanie, podnoszenie, załadunek, rozładunek) dostępna w sytuacji transportu pacjenta wymagającego pozycji leżącej, dostęp do wszystkich manipulatorów ręcznego sterowania noszami bez konieczności zmiany pozycji pacjenta |  |  | | |
|  | | Potwierdzenie spełnienia przez nosze normy dla medycznych urządzeń elektrycznych IEC 60601-1 |  |  | | |
|  | | Waga noszy max. 65 kg. |  |  | | |
|  | | Nosze zgodnie z normami:  - PN EN 1865-3:2012 + A1:2015 (nosze o zwiększonej wytrzymałości stosowane do dużych obciążeń);  -PN EN 1865-2:2010 + A1:2015 (nosze z zasilaniem)  - potwierdzenie spełnienia dynamicznej normy zderzeniowej  PN EN 1789:2007 + A2:2014. |  |  | | |
|  | | Elektryczny system mocowania noszy montowany bezpośrednio do podłogi ambulansu, umożliwiający załadunek i rozładunek pacjenta bez wysiłku fizycznego o udźwigu minimum 390kg. System załadunku zgodny z normą PN-EN 1865-5:2012 oraz potwierdzenie spełnienia dynamicznej normy zderzeniowej  PN EN 1789. |  |  | | |
|  | | Wbudowany w mocowanie noszy zapasowy panel sterowania pozwalający na automatyczne unoszenie/opuszczanie goleni noszy, wypinanie/wpinanie noszy z funkcją rezerwowej obsługi manualnej wyżej opisanych opcji |  |  | | |
|  | | Wskaźniki typu LED ułatwiające naprowadzanie noszy na system mocowania np.: w nocy, dodatkowa sygnalizacja świetlna poprawnego zapięcia noszy w mocowaniu |  |  | | |
|  | | W zestawie komplet dwóch akumulatorów (praca + zapas) z ładowarką. Ładowanie akumulatorów z zasilania 12 V i 230V. w komplecie uchwyt/mocowanie dodatkowej ładowarki w ambulansie. |  |  | | |
|  | | Możliwość mycia ciśnieniowego mocowania podłogowego oraz ukompletowanych noszy (z akumulatorem). |  |  | | |
|  | | Klasa szczelności noszy min. IPX6 |  |  | | |
|  | | Zakres temperatur pracy noszy elektryczno-hydraulicznych od -34° do 54° C. |  |  | | |
|  | | Gwarancja min. 24 miesiące. | TAK  (podać ile) |  | | |
| 1. **Krzesełko kardiologiczne składane** | | | | | | |
| **2.1** | | wykonane z materiału odpornego na korozje i na działanie  płynów dezynfekujących |  |  | | |
| **2.2** | | Wyposażone w min 4 kółka transportowe z czego przednie koła obrotowe wyposażone w hamulce z blokadą położenia |  |  | | |
| **2.3** | | Koła tylne o średnicy min 125 mm , koła przednie o średnicy  min 75 mm |  |  | | |
| **2.4** | | Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości i regulacją wysokości na min 2 poziomach |  |  | | |
| **2.5** | | Wyposażone w min 2 pary składanych tylnych uchwytów  transportowych do przenoszenia |  |  | | |
| **2.6** | | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w  trakcie transportu |  |  | | |
| 2.7 | | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego materiału winylowo-nylonowego, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego , siedzisko i oparcie szybko demontowalne |  |  | | |
| **2.8** | | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające  szybkie ich rozpięcie |  |  | | |
| **2.9** | | waga max 10 kg |  |  | | |
| **2.10** | | dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg |  |  | | |
| **2.11** | | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK (podać ile) |  | | |
| **3.** | | **Termometr - 2 szt.** | | | | |
| **3.1** | | Termometr zakres minimalny od 28 st.C do 42 st.C  zgodnie z normą EN 12470-1 |  |  | | |
| **3.2** | | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK (podać ile) |  | | |
| **4** | | **Reduktor butlowy z przepływomierzem i szybkozłączką AGA - 2 szt.** | | | | |
| **4.1** | | Reduktor butlowy z przepływomierzem i szybkozłączką AGA 2 szt. |  |  | | |
| **4.2** | | Gwarancja min. 24 m-ce | **TAK** (podać ile) |  | | |
| 1. **Nosze płachtowe - 1 szt** | | | | | | |
| **5.1** | | wykonane z mocnego materiału vinylowego |  |  | | |
| **5.2** | | min. 8 rączek do przenoszenia |  |  | | |
| **5.3** | | z zakładkami zapobiegającymi wysunięciu pacjenta, w zakładkach otwory do odprowadzania wody |  |  | | |
| **5.4** | | nie wchłaniająca brudu, krwi, płynów i substancji ropopochodnych |  |  | | |
| **5.5** | | min długość 200 cm |  |  | | |
| **5.6** | | min. Szerokość 100 cm |  |  | | |
| **5.7** | | waga do 2,5 kg' |  |  | | |
| **5.8** | | udźwig min. 360 kg |  |  | | |
| **5.9** | | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK (podać ile) |  | | |

\*) W przypadku gdy Zamawiający dopuścił możliwość zaoferowania przez Wykonawcę innych parametrów niż wymagane w niniejszym dokumencie – Wykonawca jest zobowiązany w kolumnie „Parametry techniczne (opisać)” zaznaczyć, że oferuje parametr dopuszczony przez Zamawiającego   
i opisać oferowany parametr.

**Informacja dla Wykonawcy:**

**Wypełniona** Tabela nr 1 pn. „Opis przedmiotu zamówienia- wymagania” musi być **opatrzona** przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy **kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym** i przekazana Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę*.*