

Formularz parametrów wymaganych

Nazwa Wykonawcy:

Adres:

Wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SIWZ tj. zakup i dostawę 2 szt. ambulansów sanitarnych typu C wg PN EN 1789+A2 :2015-01 wraz z wyposażeniem dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku

Marka, model, typ, nazwa handlowa pojazdu skompletowanego (wynikająca ze świadectwa homologacji); data wydania i numer świadectwa homologacji:

Nazwa i adres wykonawcy zabudowy przedziału medycznego:

Ambulanse mają spełniać wymagania określone w polskiej normie PN-EN 1789+A2:2015-01, typ ambulansu C (lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do przedmiotu (zakresu) prowadzonego postępowania. Ambulans (spełniający wszystkie wymagania Zamawiającego określone w niniejszej SIWZ) ma posiadać dokument np. certyfikat potwierdzający pozytywnie przeprowadzone dynamiczne badania wytrzymałościowe (kompleksowe testy zderzeniowe całego ambulansu a nie poszczególnych jego elementów) wykonane przez jednostkę notyfikowaną zgodnie z aktualną normą PN-EN 1789.

Załączyć do oferty oraz podać datę wystawienia dokumentu , numer sprawozdania oraz nazwę jednostki, która przeprowadziła badania (testy zderzeniowe):

.....

Rok produkcji: 2017 (pojazd fabrycznie nowy)

Termin dostawy: do 20.12.2017r.

| Lp. | Parametr wymagany | TAK/NIE* | Parametr oferowany* |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|
| WYMOGI CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE POJAZDU BAZOWEGO | | | |
| I. | 1. NADWOZIE | | ----- |
| 1 | Furgon, podwyższony, częściowo przeszklony z DMC do 3,5 t., drzwi boczne wyposażone w nakładki progowe | TAK | |
| 2 | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele z tapicerką łatwo zmywalną | TAK | |
| 3 | Drzwi boczne prawe do przedziału medycznego, przesuwne do tyłu z otwieraną szybą, | TAK | |
| 4 | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby, | TAK | |
| 5 | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260° z systemem blokowania przy otwarciu, stopień wejściowy tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak ochronny | TAK | |
| 6. | Stopień wejściowy do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie | TAK | |

| | | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| | chowany | | |
| 7. | lakier w kolorze białym – podać kod koloru | TAK | |
| II. | SILNIK | | ----- |
| 1. | z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim, | TAK | |
| 2. | o pojemności min. 1950 cm ³ - podać pojemność silnika | TAK | |
| 3. | moc silnika min. 160 KM, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 400Nm – podać moc silnika i moment obrotowy. Zaoferowanie silnika o mocy powyżej 180 KM jest opcją punktowaną | | |
| 4. | spełniający wymagania emisji spalin EURO VI | TAK | |
| III. | ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU | | ----- |
| 1. | skrzynia biegów automatyczna min. 5 stopniowa, z możliwością automatycznej i manualnej redukcji biegów, LUB 6-STOPNIOWA MANUALNA | TAK | |
| 2. | napęd na koła przednie lub tylne – podać: przedni lub tylny | TAK | |
| IV. | ZAWIESZENIE | | ----- |
| 1 | Zawieszenie wzmocnione – amortyzatory, gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort | TAK | |
| 2 | układ kierowniczy ze wspomaganie | TAK | |
| V. | UKŁAD HAMULCOWY I SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA | | ----- |
| 1. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane | TAK | |
| 2. | ze wspomaganie i korektorem siły hamowania | TAK | |
| 3. | z systemem np. ABS zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania | TAK | |
| 4. | z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy ESP plus asystent wiatru bocznego | TAK | |
| 5. | z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | TAK | |
| 6. | z systemem wspomaganie nagłego hamowania np. BAS, BA | TAK | |
| 7. | z systemem wspomaganie ruszania „pod górę” | TAK | |
| 8. | z trzecim światłem hamowania | TAK | |
| 9. | Asystent martwego punktu pomagający uniknąć wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) Opcja punktowana | | |
| 10. | System ostrzegający o możliwości kolizji (wizualnie i dźwiękowo ostrzega o zbyt małym odstępie od innego pojazdu lub przeszkody i za pomocą systemu wspomaganie nagłego hamowania wspomaga kierowcę w gwałtownym | | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| | hamowaniu) Opcja punktowana | | |
| VI. | INSTALACJA ELEKTRYCZNA | | ----- |
| 1. | alternator min. 250A | TAK | |
| 2. | dwa akumulatory, o pojemności łącznie min. 180Ah, | TAK | |
| VII. | WYPOSAŻENIE POJAZDU | | ----- |
| 1. | czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera | TAK | |
| 2. | centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany pilotem | TAK | |
| 3. | wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane | TAK | |
| 4. | reflektory przeciwmgielne przednie, światła do jazdy dziennej włączane automatycznie po uruchomieniu silnika a w chwili włączenia sygnałów świetlnodźwiękowych, przełączane samoczynnie na światła mijania (i odwrotnie) | TAK | |
| 5 | Półka, schowek w kabinie kierowcy | TAK | |
| 6 | sufitowe oświetlenie punktowe w kabinie kierowcy | TAK | |
| 7 | boczne światła pozycyjne | TAK | |
| 8 | elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy | TAK | |
| 9 | regulowana kolumna kierownicy w co najmniej dwóch płaszczyznach | TAK | |
| 11 | czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów, | TAK | |
| 13. | wskaźnik temperatury zewnętrznej | TAK | |
| 14. | komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy | TAK | |
| 15. | uchwyty wejściowe dla kierowcy i pasażera | TAK | |
| 16. | niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału medycznego zgodne z normą PN EN 1789 | TAK | |
| 17. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | TAK | |
| 18. | klimatyzacja kabiny kierowcy | TAK | |
| 19. | fabryczny system serwisowy automatycznie obliczający na podstawie sposobu i warunków eksploatacji ilość kilometrów do następnego przeglądu serwisowego | TAK | |
| 20. | dotatkowy komplet kół zimowych (komplet tj. 4 szt.) z czujnikami ciśnienia powietrza(gdy samochód jest wyposażony w system) z zachowaniem indeksu nośności opon jak z pierwszego montażu | TAK | |
| WYMOGI CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE ADAPTACJI NA AMBULANS SANITARNY | | | |
| I. | NADWOZIE | | ----- |
| 1 | Minimalne wymiary przedziału medycznego w mm (długość x szerokość x wysokość) 3250 x 1700 x 1850 | TAK | |
| 2 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z | TAK | |

| | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| | miejszem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzeselka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. | | |
| 3 | Drzwi tylne wyposażone w światła awaryjne , włączające się automatycznie po otwarciu drzwi. | TAK | |
| 4 | Ściany boczne przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli i innego wyposażenia | TAK | |
| II. | OGRZEWANIE I WENTYLACJA | | ----- |
| 1 | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik, umożliwiająca wykorzystanie fabrycznego niezależnego od pracy silnika ogrzewania przedziału medycznego możliwe zarówno przy włączonym jak i wyłączonym silniku pojazdu, ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem – podać markę i model. | | |
| 2 | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza min. 1,4 kW, z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem - podać markę i model. | TAK | |
| 3 | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału medycznego – podać markę i model urządzenia. | TAK | |
| 4 | wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min. 20 razy na godzinę w czasie postoju. Podać markę, model wentylatora i wydajność w m ³ /h. | TAK | |
| 5 | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwu parownikowa). | TAK | |
| 6 | Oferowany typ ambulansu ma posiadać przeprowadzone przez niezależną jednostkę notyfikacyjną badania ogrzewania i klimatyzacji, potwierdzające spełnienie wymagań aktualnej normy PN EN 1789 | TAK | |
| III. | INSTALACJA ELEKTRYCZNA | | ----- |
| 1 | Instalacja elektryczna dla napięcia 230 V w komplecie: - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo) - kabel zasilający o długości min. 8 m, - min. 2 gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V), - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym, - zabezpieczenie przeciwporażeniowe, | TAK | |
| 2 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki). | TAK | |
| 3 | Instalacja elektryczna 12V: - min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym , do podłączenia urządzeń medycznych, - gniazda zabezpieczone przed zalaniem lub zabrudzeniem, wyposażone w rozbieralne wtyki | TAK | |
| 6 | Inwerter prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1000W (prąd w „sinusie”), w trakcie | TAK | |

| | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| | jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora). | | |
| IV. | SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE | | ----- |
| 1 | BELKA ŚWIETLNA Full LED, umieszczona na przedniej części dachu, na pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany – łatwa zmiana modulacji – możliwość podawania komunikatów głosowych W tylnej części dachu światło niebieskie w technologii LED Światła ostrzegawcze kierunkowe, montowane w atrapie chłodnicy Sygnalizacja niskotonowa Weleen Howler | TAK | |
| 2 | Włączanie sygnalizacji świetlno- dźwiękowej realizowane przez jeden włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu w kabinie kierowcy. Możliwość włączenia tylko sygnalizacji świetlnej. | TAK | |
| 3 | Oznakowanie pojazdu: - zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r . | TAK | |
| 4 | Oznaczenie Zespołu Ratownictwa Medycznego (S lub P do uzgodnienia na etapie zabudowy) po obu stronach pojazdu oraz na drzwiach tylnych- zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r . | TAK | |
| 5 | Nazwa dysponenta jednostki: Logo SPZOZ w Sanoku – po obu stronach pojazdu, oraz na drzwiach tylnych (wzór do uzgodnienia po podpisaniu umowy), | TAK | |
| 6 | Reflektory zewnętrzne typu LED, 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. | TAK | |
| V. | ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA | | ----- |
| 1 | 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 | TAK | |
| 2 | Radiotelefon przewoźny cyfrowo-analogowy. Radiotelefon musi być w pełni kompatybilny z cyfrowym systemem radiowym MotoTRBO używanym przez Zamawiającego oraz współpracować z Motorola MotoTRBO MTR3000 i SLR5000 repeater, a w szczególności posiadać nie gorsze parametry niż: - Radiotelefon przewoźny cyfrowo-analogowy z GPS (aktualne potwierdzenie zgodności lub ważne świadectwo homologacji - dopuszczenie do pracy na terenie RP. - Praca w standardach: cyfrowym ETSI TS 102 361, analogowym w trybach simpleks/duosimpleks. - Liczba kanałów pracy powyżej 250 z ilością | TAK | |

| | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| | <p>minimum dwóch stref podziału,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wyświetlacz kolorowy z podświetlaniem w trybie dzień i noc umożliwiający wizualizację odbieranych i wysyłanych wywołań oraz poziomu sygnału w trybie cyfrowym, - Możliwość wysyłania i odbierania wiadomości tekstowych, - Wizualna sygnalizacja (np. diodowa) stanów pracy radiotelefonu, w tym: wywołań, skaningu i stanów monitorowania, - Wywołanie indywidualne, grupowe, alarmowe oraz okólnikowe (wszystkich) w trybie cyfrowym z identyfikacją na wyświetlaczu abonenta wywołującego i sygnalizacją akustyczną (z możliwością wyłączenia sygnalizacji akustycznej), - Programowalny adres IP radiotelefonu, - Radiotelefon powinien posiadać poniższe funkcje sygnalizacji: <ul style="list-style-type: none"> • zdalne sprawdzenie obecności radiotelefonu w sieci, • zdalny monitoring, • zdalne zablokowanie radiotelefonu, • zdalne odblokowanie radiotelefonu, - Możliwość maskowania korespondencji w trybie cyfrowym (min. 16 kluczy kodowych), - Złącze akcesoryjne – umożliwia transmisję zgodną ze standardem USB, podłączenie dodatkowego głośnika i mikrofonu, przycisku nadawania, itp., - Zabezpieczenie przepięciowe i przed odwrotnym podłączeniem biegunów zasilania, - Gniazdo antenowe typu BNC, - Wbudowany głośnik, - Menu radiotelefonu w języku polskim, - Pasma częstotliwości pracy 136 ÷ 174 MHz, - Odstęp międzykanałowy: 12,5 kHz, - Zasilanie stałoprądowe 13,2 V ±20% minus na masie z zabezpieczeniem przepięciowym i przed odwrotnym podłączeniem biegunów zasilania, - Moc wyjściowa fali nośnej nadajnika programowana w całym zakresie częstotliwości od 1 W do 25W, - Możliwość ustawienia dwóch poziomów mocy dla radiotelefonu (moc niska / moc wysoka w zakresie 1 – 25W) i ustawienie jednego z nich na dowolnym kanale, - Radiotelefon musi posiadać wbudowany moduł GPS, - Możliwość zabezpieczenia parametrów konfiguracyjnych hasłem przed odczytem. <p>Radiotelefon musi posiadać oznaczenie CE, spełniać normę IP 54, radiotelefon przewoźny wyposażony w mikrofonogłośnik z przyciskiem nadawania.</p> <p>Urządzenie musi posiadać możliwość programowania parametrów poprzez kabel serwisowy. Jeśli oferowane urządzenie obsługuje inne okablowanie serwisowe niż Motorola P/N: HKN6184C, należy dostarczyć niezbędne akcesoria i oprogramowanie.</p> | | |
| 3 | Antena wewnętrzna GPS do radiotelefonu przewoźnego. | TAK | |

| | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| VI. | OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO | | ----- |
| 1. | Oświetlenie rozproszone typu LED na obszar pacjenta i obszar otaczający umieszczone w suficie wzdłuż podstawy noszy | TAK | |
| 2. | Co najmniej 2 sufitowe punkty świetlne typu LED nad noszami, | TAK | |
| VII. | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO | | ----- |
| 1 | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | TAK | |
| 2 | Okna przedziału medycznego zmatowione do 2/3 wysokości | TAK | |
| 3 | Wzmocnione ściany boczne umożliwiające montaż sprzętu medycznego. | TAK | |
| 4 | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, | TAK | |
| 5 | Zabudowa specjalna na ścianie działowej: Szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków, wyposażona w: trzy główne szuflady oznakowane symbolami, min. dwie szuflady z systemem przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki i sprzęty. Górna szuflada przystosowana do montażu drukarki SWDPRM, uchwyt do montażu + przygotowana instalacja elektryczna w budowany pojemnik na zużyte igły wysuwana szufladę z koszem na odpady, miejscem i systemem mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia, zgodnie z PNEN 1789) Na ścianie działowej fotel odwrótnie do kierunku jazdy obrotowy z trzypunktowym pasem bezpieczeństwa regulowanym zagłówkiem, regulowanym kątem oparcia pleców oraz dwoma podłokietnikami. Fotel z systemem przesuwu i możliwością zablokowania w wybranej pozycji System przesuw – Opcja punktowana Szuflada do podgrzewania płynów infuzyjnych (termobox), regulator z wyświetlaczem, z możliwością płynnej regulacji temperatury. | TAK | |
| 6 | Zabudowa specjalna na ścianie prawej: podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie oraz obsługę panelu sterującego urządzeniami w | TAK | |

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| | przedziale medycznym), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowany 3 –punktowy bezwładnościowy pas bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, regulowany w płaszczyźnie pionowej zagłówek, składane do pionu siedzisko | | |
| 7 | Zabudowa specjalna na ścianie lewej: pięć podsufitowych szafek z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, podszafrkami panel z gniazdami tlenowymi (2szt.), gniazdami 12V (3 szt.), gniazdami 230V 2 szt. poniżej szafek system paneli przesuwanych umożliwiających montaż sprzętu medycznego oraz przesuw wzdłuż noszy a także blokadę w wybranej pozycji. na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz półka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta, szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne, wbudowany schowek z zamkiem szyfrowym na leki narkotyczne Szafka z systemem mocowania urządzenia do kompresji klatki piersiowej w tylnej części ściany lewej pionowa szafka zamykana roletą Podstawa noszy z regulacją pochylenia (pozycja Trendelemburga i anty-), przesuwem bocznym i wysuwem na zewnątrz -przystosowana do mocowania wszelkiego typu noszy, | TAK | |
| 8 | uchwyty dla personelu medycznego min. ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach | TAK | |
| 9 | Centralna instalacja tlenowa z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA , manometrem ciśnienia w instalacji oraz przełącznikiem butla/butla ; sufitowy punkt poboru tlenu typu AGA z dozownikiem tlenu wbudowany w ścianę uchwyt na 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku | TAK | |
| 10 | Dozownik z płynem dezynfekcyjnym - - pojemność wymiennych wkładów 500-1000 ml (do uzgodnienia na etapie montażu) - wykonany z wysokiej jakości tworzywa | TAK | |
| 11 | zamontowana lodówka o poj. Od 4 l do 7l do transportu leków z możliwością chłodzenia do +5 °C (+/- 1,5°C) zarówno na postoju, jak i w czasie ruchu ambulansu (o każdej porze roku) z możliwością płynnej regulacji parametrów termicznych aktualnie utrzymywanej temperatury, z łatwym dostępem podać markę i model | TAK | |

WYMOGI CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE SPRZĘTU MEDYCZNEGO
(SPRZĘT MEDYCZNY MA SPEŁNIAĆ WYMOGI NORMY PN-EN 1865 LUB NORMY RÓWNOWAŻNEJ)

| WYMOGI CO DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W ZAKRESIE SPRZĘTU MEDYCZNEGO (SPRZĘT MEDYCZNY MA SPEŁNIAĆ WYMOGI NORMY PN-EN 1865 LUB NORMY RÓWNOWAŻNEJ) | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| I. | NOSZE GŁÓWNE (podać markę i model,) | | |
| 1. | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | TAK | |
| 2. | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK | |
| 3. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji. | TAK | |
| 4. | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min 90 stopni. | TAK | |
| 5. | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiającą odgięcie głowy do tyłu, klatki piersiowej i ułożenie na wznak. | TAK | |
| 6. | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy | TAK | |
| 7. | 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 | TAK | |
| 8. | Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi | TAK | |
| 9. | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy | TAK | |
| 10. | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | TAK | |
| 11. | Składany wieszak na pojemnik z płynami infuzyjnymi. | TAK | |
| 12. | Waga noszy max 23 kg zgodna z wymogami normy PN EN 1865 | TAK | |
| 13. | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. | TAK | |
| 14. | Obciążenie dopuszczalne noszy min 230 kg WARTOŚĆ PUNKTOWANA | TAK | |
| II. | TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH (podać markę i model,) | | |
| 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 | TAK | |
| 2. | Szybki i łatwy system połączenia z noszami. | TAK | |

| | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| 3. | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach | TAK | |
| 4. | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy | TAK | |
| 5. | Odbojniki na goleniach | TAK | |
| 6. | Wyposażony w min 4 kółka obrotowe w zakresie o 360 stopni, min 2 kółka wyposażone w hamulce | TAK | |
| 7. | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia | TAK | |
| 9. | Wszystkie 4 kółka jezdne skrętne o 360°, o średnicy min 150 mm i szerokości min 50 mm umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. Kółka mają umożliwiać jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi (na otwartych przestrzeniach) WARTOŚĆ PUNKTOWANA | TAK | |
| 10. | Blokada kółek do jazdy na wprost WARTOŚĆ PUNKTOWANA | TAK | |
| 11. | Obciążenie dopuszczalne transportera min 250 kg WARTOŚĆ PUNKTOWANA | TAK | |
| 12. | Waga transportera max 28 kg zgodna z wymogami normy PN EN 1865. | TAK | |
| 13. | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami PN EN 1789 +A2:2015 | TAK | |
| 14. | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją | TAK | |
| 15. | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy | TAK | |
| III. | KRZESŁO TRANSPORTOWE SKŁADANE (podać markę i model,) | | |
| 1. | wykonane z materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących | TAK | |
| 2. | wyposażone w min 4 kółka transportowe z czego min. 2 obrotowe i wyposażone w hamulce | TAK | |
| 3. | wyposażone w przednie rączki transportowe z regulacją długości i regulacją wysokości na co najmniej dwóch poziomach | TAK | |
| 4. | wyposażone w składane tylne rączki transportowe umieszczone na dwóch poziomach wysokości | TAK | |
| 5. | wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem w trakcie transportu | TAK | |
| 6. | siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego materiału winylowo-nylonowego, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego, z możliwością szybkiego demontażu | TAK | |

| | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 7. | wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie | TAK | |
| 8. | waga max 11 kg | TAK | |
| 9. | dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg | TAK | |
| 10. | dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| IV. | PLACHTA RATOWNICZA (podać markę i model,) | TAK | |
| 1. | wykonana z tworzywa sztucznego z jednego kawałka o bardzo dużej wytrzymałości, odporna na działanie substancji ropopochodnych, smarów i olejów, nieprzyjmująca krwi brudu, przystosowana do dezynfekcji, przystosowana do ciągnięcia po ziemi | TAK | |
| 2. | wyposażona w min 8 uchwytów wbudowanych w obwód noszy o konstrukcji zapobiegającej przed wbijaniem w dłonie ratowników w trakcie przenoszenia, wyposażona w specjalne zakładki zabezpieczające przed wysunięciem się pacjenta w trakcie transportu po schodach | TAK | |
| 3. | przystosowana do transportu pacjentów na desce ortopedycznej | TAK | |
| 4. | waga max 3 kg, | TAK | |
| 5. | obciążenie dopuszczalne powyżej 200 kg | TAK | |
| 6. | o wymiarach min 200cm x 100cm (podać wymiary długość i szerokość) | TAK | |
| 7. | dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| V. | DESKA ORTOPEDYCZNA Z UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY I KOMPLETEM PASÓW (podać markę i model,) | | |
| 1. | deska ortopedyczna wykonana z tworzywa sztucznego odpornym na przetarcia | TAK | |
| 2. | przenikliwa dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG | TAK | |
| 3. | ze ściętym końcem od strony nóg ułatwiającym pracę w ciasnych przestrzeniach | TAK | |
| 4. | wyposażona w min 16 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski | TAK | |
| 5. | wyposażona w min 5 punktów na dłuższej stronie deski do mocowania pasów | TAK | |
| 6. | wyposażona w min 4 pasy zabezpieczające o regulowanej długości dwuczęściowe z obrotowymi metalowymi karabińczykami oraz metalowymi spięciami typu klamra | TAK | |
| 7. | wyposażona w unieruchomienie głowy i kręgosłupa szyjnego, wielokrotnego użytku składające się z podkładki oraz 2 klocków stabilizujących z otworami usznymi oraz 2 paskami spinającymi, całe mocowanie pokryte tworzywem wodoodpornym | TAK | |
| 8. | waga deski max. 8 kg | TAK | |
| 9. | obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg | TAK | |

| | | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 10. | szerokość deski w zakresie od 45 do 50 cm | TAK | |
| 11. | materiał zmywalny | TAK | |
| 12. | dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| VI. | NOSZE PODBIERAKOWE (podać markę i model,) | | |
| 1. | wyposażone w komplet min 3 szt. pasów zabezpieczających | TAK | |
| 3. | łopaty muszą być wykonane z aluminium | TAK | |
| 5. | muszą posiadać zamki z podwójną zapadką o konstrukcji zabezpieczającej przed niekontrolowanym rozpięciem | TAK | |
| 6. | muszą umożliwiać złożenie ich w połowie długości | TAK | |
| 7. | muszą posiadać regulację długości pozwalającą na dobór do pacjentów o różnym wzroście | TAK | |
| 8. | muszą posiadać min 10 uchwytów do przenoszenia umieszczonych na obwodzie noszy | TAK | |
| 9. | obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg | TAK | |
| 10. | waga noszy max 8 kg | TAK | |
| 11. | dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| VII. | SSAK PRZENOŚNY (podać markę i model,) | | |
| 1. | elektryczny przenośny z uchwytem do przenoszenia , obudowa z tworzywa sztucznego , akumulatorowo-sieciowy | TAK | |
| 2. | z wbudowanym akumulatorem z możliwością pracy w ambulansie i poza nim | TAK | |
| 3. | z możliwością ładowania akumulatora i pracy ssaka z zasilania 12V ambulansu i sieci 230V | TAK | |
| 4. | ślój wielorazowy o pojemności min. 1 l (owalny) na odsysane płyny wykonany z materiału nietłukącego oraz wkładami jednorazowego użytku min 10 szt., przewód ssący silikonowy | TAK | |
| 5. | filtr antybakteryjny | TAK | |
| 6. | wielostopniowe zabezpieczenie przed przenikaniem płynów do wnętrza aparatu (zabezpieczenie pompy) | TAK | |
| 7. | płynna regulacja siły ssania do min. 800 mBar (80kPa) | TAK | |
| 8. | Przepływ min. 20l/min. | TAK | |
| 9. | 4-stopniowy wskaźnik stanu naładowania akumulatora | TAK | |
| 10. | Czas pracy ciągłej akumulatora przy maksymalnym obciążeniu min. 30 minut | TAK | |
| 11. | Uchwyt ścienny zgodny z wymogami normy PN-EN 1789 posiadający funkcje zasilania ssaka i ładowania akumulatora po wpięciu urządzenia do uchwytu (podać markę i model, załączyć folder i potwierdzenie zgodności z normą PN-EN 1789) | TAK | |
| 12. | Ciężar z pełnym wyposażeniem do 5 kg | TAK | |

| | | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 13. | Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z Ustawa o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| VIII. | ZESTAW SZYN KRAMERA (podać markę i model,) | | |
| 1. | zestaw szyn Kramera w powleczeniach wykonanych z tworzywa sztucznego w kolorze niebieskim, 1 kpl. - 14 szt. w różnych rozmiarach + torba na zestaw szyn Kramera. | TAK | |
| IX. | PULSOKSYMETR (podać markę i model, załączyć folder) | | |
| 1. | Pulsoksymetr ręczny, o niewielkich gabarytach | TAK | |
| 2. | Pomiary SpO2 i pulsu | TAK | |
| 3. | Waga max 0,35 kg (z kpl. baterii) | TAK | |
| 4. | Zasilanie bateryjne – baterie ogólnodostępne | TAK | |
| 6. | Zakres pomiaru SpO2 min. 20-100% | TAK | |
| 8. | Zakres pomiaru pulsu min. 20-300 /min | TAK | |
| 9. | Wyświetlacz cyfrowy typu LED | TAK | |
| 12. | Alarmy: niski poziom SpO2 i pulsu, bezdech | TAK | |
| 13. | Pamięć pomiarów SpO2 i pulsu | TAK | |
| 14. | Czujnik silikonowy wielorazowy SpO2 na palec dla dorosłych 2 szt. | TAK | |
| 15. | Czujnik silikonowy wielorazowy SpO2 na palec dla dzieci 2 szt. | TAK | |
| 16. | Czujnik silikonowy wielorazowy SpO2 na palec dla niemowląt 2 szt. | TAK | |
| 17. | Możliwość podłączenia czujników SpO2 jedno i wielorazowych dla różnych grup wiekowych | TAK | |
| 18. | Pokrowiec ochronny | TAK | |
| 19. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK | |
| 21. | Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z Ustawa o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| X. | PLECAK REANIMACYJNY I (podać producenta i model, załączyć folder) | | |
| 1. | Wykonany z Cordury 1000 | TAK | |
| 2. | Uchwyt do przenoszenia w ręku | TAK | |
| 3. | Szelki z pasem biodrowym | TAK | |
| 4. | Co najmniej trzy kieszenie zewnętrzne | TAK | |
| 5. | Możliwość umieszczenia materiałów opatrunkowych w sposób stabilny | TAK | |
| 6. | Oznaczony na zewnątrz odblaskowymi taśmami | TAK | |
| 7. | Usztywnienie zabezpieczające przed uszkodzeniem sprzętu znajdującego się w plecaku | TAK | |
| 8. | Możliwość wyjęcia zabezpieczeń usztywniających plecak | TAK | |
| 9. | Ampularium na min. 80 amp. Jako niezależny zasobnik | TAK | |

| | | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 10 | Odrębne organizery na zestawy – min. 3 | TAK | |
| 11 | Miejsce na sprzęt drobny wykonany z przezroczystej folii odpornej na zgniecenia | TAK | |
| 12 | Plecak posiada dwie komory wewnętrzne | TAK | |
| 13 | Oddzielna komora na sprzęt do udrażniania dróg oddechowych | TAK | |
| XI. | Torba opatrunkowa - (podać producenta i model, załączyć folder) | TAK | |
| 1. | Wykonana z Cordury | TAK | |
| 2. | Uchwyt do przenoszenia w rękę oraz pasek na ramię o regulowanej długości | TAK | |
| 3. | Co najmniej dwie kieszenie na materiały opatrunkowe | TAK | |
| 4. | Możliwość umieszczenia materiałów opatrunkowych w sposób stabilny | TAK | |
| 5. | Oznaczona na zewnątrz odblaskowymi taśmami | TAK | |
| 6. | Usztywnienie zabezpieczające przed uszkodzeniem sprzętu znajdującego się w torbie | TAK | |
| 7. | Możliwość wyjęcia zabezpieczeń usztywniających torbę | TAK | |
| 8. | Ampularium na min. 80 amp. | TAK | |
| XII. | PLECAK REANIMACYJNY II (podać producenta i model, załączyć folder) | | |
| 1. | Wykonany z Cordury 1000 | TAK | |
| 2. | Uchwyt do przenoszenia w rękę | TAK | |
| 3. | Szelki z pasem biodrowym | TAK | |
| 4. | Co najmniej trzy kieszenie zewnętrzne | TAK | |
| 5. | Możliwość umieszczenia materiałów opatrunkowych w sposób stabilny | TAK | |
| 6. | Oznaczony na zewnątrz odblaskowymi taśmami | TAK | |
| 7. | Usztywnienie zabezpieczające przed uszkodzeniem sprzętu znajdującego się w plecaku | TAK | |
| 8. | Możliwość wyjęcia zabezpieczeń usztywniających plecak | TAK | |
| 9. | Ampularium na min. 80 amp. Jako niezależny zasobnik | TAK | |
| 10. | Odrębne organizery na zestawy – min. 3 | TAK | |
| 11. | Miejsce na sprzęt drobny wykonany z przezroczystej folii odpornej na zgniecenia | TAK | |
| 12. | Plecak posiada dwie komory wewnętrzne | TAK | |
| 13. | Oddzielna komora na sprzęt do udrażniania dróg oddechowych | TAK | |
| 14. | Miejsce na płyny infuzyjne w zewnętrznej komorze plecaka | TAK | |

| | | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| XIII. | LATARKA DIAGNOSTYCZNA – 3 szt. | | |
| 1. | Latarka diagnostyczna LED przystosowana do badania m. innymi reakcji źrenic na światło, bez ryzyka oślepienia. | TAK | |
| 2. | Zaopatrzona w klips do mocowania | TAK | |
| 3. | Obudowa latarki wykonana z aluminium | TAK | |
| 4. | Zasilanie: 2 x baterie AAA (w komplecie) | TAK | |
| XIV. | DETEKTOR TLENKU WĘGLA (CO) - 1 szt (podać producenta i model, załączyć folder) | | |
| 1. | Wyświetlanie w czasie rzeczywistym stężeń gazów na wyświetlaczu LCD pracującym w trybie ciągłym | TAK | |
| 2. | Zwarta i lekka konstrukcja | TAK | |
| 3. | Wodoodporny | TAK | |
| 4. | Funkcja pełnego auto testu działania czujnika, stanu naładowania akumulatora, ciągłości obwodów elektrycznych oraz alarmów dźwiękowych/wizualnych przy każdym uruchomieniu urządzenia | TAK | |
| 5. | Jasno świecące, szerokokątne listwy alarmowe | TAK | |
| 6. | Odporna na wstrząsy obudowa | TAK | |
| 7. | Alarm: wizualny, wibracyjny, dźwiękowy (95 dB) Poziom niski, wysoki, STEL (NDSCh - najwyższe dopuszczalne stężenie chwilowe), TWA (NDS najwyższe dopuszczalne stężenie) | TAK | |
| 8. | Testy: Sprawność czujnika, obwody elektryczne, alarmy stanu naładowania baterii i dźwiękowe/wizualne po uruchomieniu, ciągła kontrola baterii | TAK | |
| 9. | Wewnętrzny alarm wibracyjny przydatny w miejscach o wysokim poziomie hałasu | TAK | |
| 10. | Bezpieczna i dokładna rejestracja i przechowywanie danych | TAK | |
| 11. | Zabezpieczenie przed modyfikacją ustawień za pomocą kodu dostępu | TAK | |
| 12. | Odporność na zakłócenia elektromagnetyczne i radiowe | TAK | |
| XV. | DEFIBRYLATOR – 1 szt. | | |
| 1 | Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem kartkowym | TAK | |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci | TAK | |
| 3 | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC i 12V DC | TAK | |
| 4 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | TAK | |
| 5 | Ciężar defibrylatora w kg poniżej 10kg | TAK | |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| | | | |
| 6 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | TAK | |
| 7 | Norma IP min 44 | TAK | |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK | |
| 9 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK | |
| 10 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnień dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | TAK | |
| 11 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 5 do 200 J | TAK | |
| 12 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | TAK | |
| 13 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK | |
| 14 | Defibrylacja przez łyżki i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | TAK | |
| 15 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia. | TAK | |
| 16 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK | |
| 17 | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | TAK | |
| 18 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA | TAK | |
| 19 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK | |
| 20 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK | |
| 21 | Alarmy częstości akcji serca | TAK | |
| 22 | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | TAK | |
| 23 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | TAK | |
| 24 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK | |
| 25 | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | TAK | |
| 26 | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm. | TAK | |

| | | | |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 27 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK | |
| 28 | Transmisji danych przez modem 3G do istniejących stacji odbiorczych. Wymagana teletransmisja danych do ośrodka hemodynamiki na terenie miasta Sanoka. (W celu potwierdzenia spełnienia w/w warunku Zamawiający wymaga dokument potwierdzający teletransmisję) | TAK | |
| 29 | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci. | TAK | |
| 30 | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych i dzieci . | TAK | |
| 31 | Elektroda wielofunkcyjna samoprzylepna standardowa dla dorosłych i dzieci po 1 szt. | TAK | |
| 32 | W przypadku naprawy gwarancyjnej należy dostarczyć aparat zastępczy o podobnych parametrach | TAK | |
| 33 | Oferowany aparat będzie kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. + uchwyt karetkowy | TAK | |
| 34 | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2017 | TAK | |
| 35 | Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem kartkowym | TAK | |
| 36 | Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie RP zgodnie z Ustawa o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. | TAK | |
| WYMAGANIA DODATKOWE | | | |
| 1. | <p>Przedział medyczny ma być wyposażony w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa, Uwaga : nóż i młotek nie powinny być zamocowane tuż przy fotelu bocznym – możliwość niekontrolowanego użycia przez pacjenta - gaśnicę (min. 1kg środka gaśniczego) – wraz z uchwytem mocującym, - zamontowany na prawej ścianie bocznej przedziału medycznego panel sterujący z wysokokontrastowym (rozdzielczość co najmniej 800x400 pixeli – podać) kolorowym (min. 260 tys. kolorów – podać wartość oferowaną) wyświetlaczem dotykowym (typu touch screen) zapewniającym dobrą widoczność (o wymiarach min. 90x150 mm – podać wartość oferowaną), wyposażony w następujące funkcje: <ul style="list-style-type: none"> • sterowanie oświetleniem wewnętrznym przedziału medycznego, • sterowanie oświetleniem zewnętrznym, • sterowanie układem ogrzewania przedziału medycznego, • sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji przedziału medycznego, | TAK | |

| | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • sterowanie ogrzewaczem płynów infuzyjnych, • posiadający sygnalizację graficzną i dźwiękową niskiego poziomu naładowania akumulatora dodatkowego, • umożliwiający regulację kontrastu (dzień/noc) • z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) <p>- dodatkowy kosz na śmieci w tylnej części przedziału medycznego,</p> <p>- kamerę podłączoną do wyświetlacza w kabinie kierowcy i video rejestratora</p> | | |
| 2. | <p>Kabina kierowcy ma być wyposażona w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - radioodtwarzacz CD / MP3 - przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie: <ul style="list-style-type: none"> ➤ wyposażony w światło LED, ➤ wykonany z aluminium odporny na uderzenia i upadki ➤ moc świetlna min. 300 lm ➤ wodoodporność co najmniej IP65 ➤ waga z akumulatorem max. 300 g. - panel sterujący: <ul style="list-style-type: none"> ➤ informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych ➤ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączenia ambulansu do sieci 230 V ➤ informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy ➤ informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego ➤ sterujący pracą sygnałów dźwiękowych ➤ sterujący tablicą LED opisaną w pkt. IV.12 <p>Panel sterujący z wysoko kontrastowym (rozdzielczość co najmniej 800x400 pixeli - podać kolorowym (min. 260 tys. kolorów - podać wartość oferowaną) wyświetlaczem dotykowym (typu touch screen) zapewniającym dobrą widoczność (o wymiarach min. 90x150 mm – podać wartość oferowaną), umożliwiającą regulację kontrastu (dzień/noc).</p> | TAK | |
| 3. | <p>Wykonawca zamontuje uchwyty i mocowania elementów systemu wspomagania dowodzenia w ambulansie wraz z wyprowadzeniem przewodów zgodnie z poniższym opisem dla urządzeń systemu SWD PRM:</p> <p>1. Moduł GPS:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) zasilanie z instalacji ambulansu 10 V - 30 V DC – napięcie znamionowe 12V - dostarczenie napięcia przed wyłącznikiem zapłonu /stacyjką, b) dostarczenie napięcia po włączeniu zapłonu, c) dostarczenie sygnałów wejściowych włączony-wyłączony oddzielnie z sygnalizacji świetlnej i sygnalizacji dźwiękowej uprzywilejowania / 12V – 0V/ - napięcie stałe, d) przewody dostarczające zasilanie i sygnały | TAK | |

| | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| | <p>zakończone wtyczką Micro-Fit 3.0 ,</p> <p>e) w kabinie kierowcy w niewidocznym miejscu zamontowane anteny GPS i GSM (na słupkach lub podszybiu), przewody doprowadzone do miejsca montażu modułu GPS zakończone wtyczkami - do uzgodnienia po rozstrzygnięciu przetargu i podpisaniu umowy,</p> <p>2. Uchwyt drukarki.</p> <p>W przedziale medycznym na ścianie działowej zamontowany uchwyt drukarki HP 100 oraz instalacja elektryczna o następujących parametrach:</p> <p>a) zasilanie nominalne 12 V – z zabezpieczeniem,</p> <p>b) max. pobór prądu 3,5 A,</p> <p>c) zasilanie tylko przy włączonym silniku lub po podłączeniu ambulansu do zasilania zewnętrznego z sieci 230V,</p> <p>3. Uchwyt tabletu.</p> <p>W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt stacji dokującej tabletu z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kokpitu kierowcy, umożliwiające zamontowanie zestawu w sposób nie ograniczający korzystania z funkcji kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera oraz łatwy demontaż tabletu w celu wyniesienia z ambulansu.</p> <p>Instalacja elektryczna o następujących parametrach:</p> <p>a) zasilanie 12 – 14 V - z zabezpieczeniem,</p> <p>b) max pobór prądu 5A,</p> <p>c) zasilanie tylko przy włączonym silniku lub po podłączeniu ambulansu do zasilania zewnętrznego z sieci 230V,</p> <p>d) w niewidocznym miejscu zamontowane anteny GPS i GSM, przewody doprowadzone do miejsca montażu stacji dokującej zakończone wtyczkami,</p> <p>e) kabel USB łączący stacją dokującą z drukarką,</p> | | |
| 4. | Czujniki cofania przód i tył . | TAK | |
| 5. | Microledy (dwie sztuki na lusterkach zewnętrznych) | TAK | |
| 6. | Wszystkie miejsca siedzące muszą być wyposażone w pasy bezpieczeństwa i zagłówki | TAK | |
| 7. | Koło zapasowe umieszczone poza przedziałem pacjenta – w miejscu umożliwiającym jego wymianę przez kierowcę ambulansu | TAK | |
| 8. | Minimalny okres gwarancji: min. 24 miesiące na pojazd bez limitu km (parametr punktowany), min. 24 miesiące na powłokę lakierniczą, min. 60 miesięcy na perforację blach nadwozia, min. 24 miesiące na zabudowę specjalistyczną min. 24 miesiące na sprzęt medyczny | | |
| 9. | Wykonawca zobowiązany jest do wykonania napraw gwarancyjnych przedmiotu zamówienia w jak najkrótszym terminie, jednak nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia zgłoszenia usterki. | TAK | |
| 10. | Zapewnienie serwisu pogwarancyjnego dla zabudowy i wyposażenia medycznego przez | TAK | |

| | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | okres min. 5 lat. | | |
| 11. | Do oferty należy dołączyć : kopię świadectwa homologacji dla kompletnie zabudowanego ambulansu oraz certyfikaty lub deklaracje zgodności dla ambulansu i wyposażenia medycznego, | | |
| 12. | <p>Wraz z pojazdem Wykonawca musi dostarczyć:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kartę pojazdu odpowiednio wypełnioną dla pojazdu bazowego. b) Zaświadczenie stacji diagnostycznej o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego pojazdu, który ma być używany jako uprzywilejowany w ruchu drogowym (Prawo o ruchu drogowym Dz. U. 1997 nr 98 poz. 602 Art. 81 ust.11 pkt 4). c) Wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego. d) Świadectwo homologacji na oferowany pojazd skompletowany. e) Instrukcję obsługi pojazdu bazowego f) Kartę gwarancyjną pojazdu bazowego g) Instrukcje do wszystkich elementów zabudowy specjalistycznej na zewnątrz i wewnątrz pojazdu h) Paszporty techniczne na wszystkie urządzenia wymagane prawem i) Wszystkie niezbędne karty gwarancyjne na elementy zabudowy specjalistycznej ambulansu j) Schemat elektryczny i montażowy dodatkowych instalacji ambulansu – schemat rozmieszczenia przekaźników i bezpieczników chroniących instalacje elektryczne ambulansu oraz wyposażenia dodatkowego w formie papierowej i elektronicznej na nośniku CD, DVD lub innym k) Wykaz łącznie z adresami autoryzowanych stacji obsługi i napraw gwarancyjnych pojazdu bazowego, zlokalizowanych najbliżej siedziby Zamawiającego | | |

*wypełnia Wykonawca

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabeli.

Uwaga:

1. Szczegółowa koncepcja zabudowy wnętrza do uzgodnienia z Zamawiającym po podpisaniu umowy, a przed przystąpieniem do zabudowy ambulansu.
2. Wszystkie urządzenia medyczne jak i elementy wyposażenia muszą się dać pewnie i szybko zamocować w wyznaczonych do tego miejscach, zamocowania muszą zapobiegać przesuwaniu, drganiom, podskakiwaniu sprzętu w trakcie ruchu, przyspieszania i hamowania ambulansu. W miejscach zawieszania, mocowania wyposażenia medycznego i sprzętu należy zastosować elementy tłumiące drgania i powstające hałasy w trakcie ruchu ambulansu.
3. Urządzenia stanowiące wyposażenie ambulansu muszą być tak skonstruowane i zamontowane aby nie emitować pól elektromagnetycznych mogących zakłócać pracę sprzętu łączności oraz medycznego przewidzianego do pracy w ambulansie w czasie jazdy jak i na postoju.

....., dnia2017 r.
miejscość

.....
podpis, pieczęć osoby upoważnionej