##

## ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

### Przedmiot zamówienia : Ambulans sanitarny wraz z wyposażeniem.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PARAMETR****WYMAGANY** | **Parametr oferowany\*** Potwierdzenie Wykonawcy: TAK/ NIE lub opis parametrów oferowanych - należy dokładnie określić oferowane parametry **(wypełnia Wykonawca)** |
| **I.** | **Wymagane minimalne parametry techniczne pojazdu:** |
|  |  | Oferowany model | podać |  |
|  |  | Producent | podać |  |
|  |  | Rok produkcji 2022,2023 | Tak, podać |  |
|  |  | Nadwozie typu Furgon o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 tony, częściowo przeszklone | TAK |  |
|  |  | Zawieszenie komfortowe | TAK |  |
|  |  | Nadwozie z homologacją co najmniej pięcioosobową | TAK |  |
|  |  | Długość przedziału medycznego min. 300 cm | TAK/podać |  |
|  |  | Szerokość przedziału medycznego min. 160 cm | TAK/podać |  |
|  |  | Wysokość przedziału medycznego min. 180 cm | TAK/podać |  |
|  |  | Wszystkie szyby termoizolacyjne | TAK |  |
|  |  | Drzwi przesuwne z prawej strony z rozsuwanym oknem (zmatowione) | TAK |  |
|  |  | Drzwi tylne przeszklone dwuskrzydłowe (zmatowione) | TAK |  |
|  |  | Silnik wysokoprężny z turbodoładowaniem nie mniej niż 1 900 cm³ max. 2 500 cm³ i mocy min. 140 KM | TAK/podać |  |
|  |  | Skrzynia biegów automatyczna lub manualna 6-cio biegowa | TAK/podać |  |
|  |  | Kolor nadwozia żółty (lakier fabryczny) | TAK |  |
| **II.** | **Wyposażenie pojazdu - systemy i podzespoły poprawiające bezpieczeństwo i komfort:** |
|  |  | Poduszka bezpieczeństwa dla kierowcy i pasażera | TAK |  |
|  |  | System przeciwdziałania blokowania kół ABS | TAK |  |
|  |  | System stabilizacji toru jazdy ESP | TAK |  |
|  |  | Czujnik parkowania przód | TAK |  |
|  |  | Czujnik parkowania tył | TAK |  |
|  |  | Światła do jazdy dziennej | TAK |  |
|  |  | Światła przeciwmgielne | TAK |  |
|  |  | Klimatyzacja automatyczna  | TAK |  |
|  |  | Ogrzewanie postojowe niezależne od pracy silnika z funkcją programowania | TAK |  |
|  |  | Elektrycznie sterowane szyby z przodu  | TAK |  |
|  |  | Elektryczne sterowane podgrzewane lusterka boczne | TAK |  |
|  |  | Lusterko wewnętrzne | TAK |  |
|  |  | Kierownica z układem wspomagania | TAK |  |
|  |  | Kolumna kierownicy regulowana w dwóch płaszczyznach  | TAK |  |
|  |  | Tapicerka ciemna materiałowa | TAK |  |
|  |  | Fotel kierowcy i pasażera z pełną regulacją z podłokietnikiem (regulacja wysokości, regulacja, oparcia, regulacja wzdłużna) | TAK |  |
|  |  | Komplet dywaników gumowych | TAK |  |
|  |  | Radio odtwarzacz wraz z instalacją radiową (min.4 głośniki) | TAK |  |
|  |  | Przygotowanie pod telefon GSMZ Bluetooth | TAK |  |
|  |  | Zdalnie sterowany centralny zamek | TAK |  |
|  |  | Dodatkowy komplet kół zimowych na felgach stalowych | TAK |  |
|  |  | Dwa fabrycznie niezależne zabezpieczenia elektroniczne (przeciw-kradzieżowe) | TAK |  |
|  |  | Samochód wyposażony w koło zapasowe, apteczkę, zestaw narzędzi, podnośnik, gaśnica, kamizelki odblaskowe min. 3 szt., trójkąt ostrzegawczy. | TAK |  |
| **III.** | **Parametry i wyposażenie ambulansu** |
|  | **Zabudowa przedziału medycznego:** |
|  |  | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie noszy głównych, pokryta wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalną, szczelnie połączona z pokryciem boków uniemożliwiającą podciekanie cieczy przy myciu wnętrza pojazdu (kompozyt) | TAK |  |
|  |  | Wzmocniona konstrukcja ściany lewej umożliwiająca montaż dodatkowego sprzętu medycznego | TAK |  |
|  |  | Izolacja dźwiękowo-termiczna przedziału medycznego | TAK |  |
|  |  | Przegroda z drzwiami oddzielająca przedział medyczny od kabiny kierowcy zapewniająca oddzielenie obu przedziałów jednocześnie umożliwiająca przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy. | TAK |  |
|  |  | Wyłożenie ścian i sufitu materiałami antystatycznymi, niepalnymi, nietoksycznymi i łatwo zmywalnym w kolorze białym | TAK |  |
|  |  | Szafka podsufitowa 2/3 długości przedziału medycznego | TAK |  |
|  |  | Szafka w narożniku ściany lewej z roletą | TAK |  |
|  |  | Dwa fotele dla personelu medycznego zamontowane zgodnie z kierunkiem jazy, pokryte łatwo zmywalna tapicerką zagłówkami, obrotowy w zakresie konta 90° (do ściany), wyposażony jest w składane do pionu siedzisko i bezwładnościowe trzypunktowe pasy bezpieczeństwa oraz podłokietniki | TAK |  |
|  |  | Miejsce siedzące lekarza anestezjologa umieszczone tyłem do kierunku jazdy, wyposażone w oparcie, zagłówek i bezwładnościowy 3 pkt. pas bezpieczeństwa | TAK |  |
|  |  | Uchwyt do mocowania kroplówki w suficie -2 szt. | TAK |  |
|  |  | Szyna umożliwiająca montaż sprzętu medycznego | TAK |  |
|  |  | Podstawa pod nosze: podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga (min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu | TAK |  |
|  |  | Nosze główne:1. waga noszy max. 25 kg zgodnie z normą PN EN 1865-1 lub równoważną;2. obciążenie dopuszczalne mini. 200 kg;3. nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i zmniejszającej napięcie mięśni;4. z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami. | TAK, podać Producenta, typ/model.Do oferty załączyć folder wraz z opisem. |  |
|  |  | Transporter noszy głównych:1. waga transportera max. 28 kg zgodnie z normą PN EN 1865 lub równoważną;2. obciążenie dopuszczalne min. 200 kg;3. system umożliwiający szybkie i bezpieczne połączenie z noszami, umożliwiającywprowadzenie noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy;4. regulacja wysokości min. w sześciu poziomach oraz możliwością ustawienia pozycji drenażowych na min. trzech poziomach. | TAK, podać Producenta, typ/model.Do oferty załączyć folder wraz z opisem. |  |
|  |  | Nosze podbierakowe | TAK |  |
|  |  | Krzesełko transportowe składane:1. waga max. 10 kg;2. dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg;3.wyposażone w cztery koła z podłokietnikami spinanymi trzema pasami bezpieczeństwa;4. wyposażane w dwie pary składanych tylnych uchwytów transportowych doprzenoszenia;5. wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości i wysokości6. wykonane z materiału odpornego na działanie płynów dezynfekujących | TAK, podać Producenta, typ/model.Do oferty załączyć folder wraz z opisem |  |
|  |  | Mata (koc) transportowy | TAK |  |
|  |  | Obniżony stopień drzwi bocznych ułatwiający wsiadanie i wysiadanie | TAK |  |
|  |  | Urządzenie do wybijania szyb samochodowych- młotek bezpieczeństwa | TAK |  |
|  |  | Nóż do cięcia pasów | TAK |  |
|  |  | Torba ratownika medycznego z wyposażeniem | TAK |  |
|  |  | Dodatkowa gaśnica 2kg, zamontowana w przedziale medycznym | TAK |  |
|  | **Instalacja elektryczna** |
|  |  | Dwa akumulatory o łącznej pojemności min. 160 Ah- jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego – połączone, doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230V- widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów z ostrzeganiem o niedoładowaniu z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przeduruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym | TAK |  |
|  |  | Dwa gniazda 12V poboru prądu + wtyki, umiejscowione na ścianie lewej do podłączenia elektrycznego sprzętu medycznego | TAK |  |
|  |  | Dwie lampy halogenowe zamontowane w tylnej części na dachu pojazdu do oświetlenia tylnego przedpola  | TAK |  |
|  |  | oświetlenie transportowe, jarzeniowe zamontowane wzdłuż przedziału medycznego po obu jego stronach, pozwalające na bezpieczną obsługę pacjenta - 4 punkty; | TAK |  |
|  |  | Oświetlenie, halogenowe, punktowe z możliwością regulacji – 1 punkt, zamontowany w suficie przedziału medycznego | TAK |  |
|  |  | Dwie lampki pulsacyjne w kolorze żółtym w szkieletach drzwi tylnych | TAK |  |
|  |  | Antena radiotelefonu ze złączem w kabinie kierowcy z miejscem uwzględniającym mocowanie urządzenia + przewody zasilające 12V dla dodatkowego urządzenia | TAK |  |
|  | **Ogrzewanie i wentylacja** |
|  |  | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego - grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 1,5kW | TAK |  |
|  |  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnika | TAK |  |
|  |  | System ogrzewania typu wodnego niezależny od pracy silnika o mocy min. 4,0kW | TAK |  |
|  |  | Wentylacja nawiewno – wywiewna uruchamiana w zależności od potrzeb | TAK |  |
|  |  | Rozbudowa fabrycznej klimatyzacji (dwuparownikowej) na przedział medyczny z osobną regulacją nawiewu zimnego powietrza | TAK |  |
|  | **Sygnalizacja świetlno – dźwiękowa** |
|  |  | Płaska belka sygnalizacyjna typu ledowego w kolorze niebieskim, zamontowana w przedniej części dachu pojazdu | TAK |  |
|  |  | Lampa pulsacyjna led w kolorze niebieskim zamontowana w tylnej części dachu pojazdu | TAK |  |
|  |  | Lampy kierunkowskazowe zamontowane w narożnikach tylnych dachu | TAK |  |
|  |  | Dwie lampy pulsacyjne w kolorze niebieskim zamontowane na wysokości pasa przedniego | TAK |  |
|  |  | Urządzenie nagłaśniające z modulowanym sygnałem dźwiękowym (sterowane z kierownicy) oraz możliwością podawania komunikatów głosem | TAK |  |
|  |  | Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów | TAK |  |
|  | **Oznakowanie pojazdu** |
|  |  | Napis AMBULANS - z tyłui lustrzany z przodu pojazdu w kolorze czerwonym (odblaskowy) | TAK |  |
|  |  | Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu  | TAK |  |
|  |  | Pas niebieski (odblaskowy) umieszczony dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia  | TAK |  |
|  |  | Pas czerwony pod niebieskim  | TAK |  |
|  |  | Okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą  | TAK |  |
|  |  | Oznaczenie karetki typu (T) | TAK |  |
|  | **Instalacja tlenowa** |
|  |  | 2 butle tlenowe o pojemności min. 10 l. | TAK |  |
|  |  | Reduktor tlenowy z szybkozłączem | TAK |  |
|  |  | Panel tlenowy u wezgłowia pacjenta na ścianie lewej z dozownikiem tlenu/nawilżaczem szt. 1 | TAK |  |
|  | **Dokumentacja** |
|  |  | Książka gwarancyjna*Wymagana przy dostawie ambulansu* | TAK |  |
|  |  | Instrukcja obsługi w języku polskim*Wymagana przy dostawie ambulansu* | TAK |  |
|  |  | Inne dokumenty niezbędne do rejestracji samochodu*Wymagane przy dostawie ambulansu* | TAK, załączyć |  |
|  |  | Homologacje dopuszczającą pojazd do ruchu zgodnie z ustawą Prawa o ruchu drogowym.*Wymagane przy dostawie ambulansu* | TAK  |  |
|  | **Gwarancja** |
|  |  | 24 miesiące na cały pojazd z elementami zabudowy i wyposażenia  | TAK, podać |  |
|  |  |  min. 10 lat gwarancji na perforację nadwozia | TAK, podać |  |

**Uwaga:** W kolumnie „PARAMETR OFEROWANY” należy wpisać „Tak” oraz potwierdzić spełnienie warunków.

Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie „Nie” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych parametrów technicznych, o ile z treści innych dokumentów stanowiących załączniki do oferty nie będzie wynikało, iż przedmiot oferty spełnia wymagania określone w ww. tabeli.

##

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW OCENIANYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARAMETRY OCENIANE** | **PUNKTACJA** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | Czas realizacji zamówienia (max. do 6 miesięcy)  | Termin realizacji zamówienia – do 6 miesięcy = 0 pkt;Termin realizacji zamówienia – do 5 miesięcy = 10 pkt;Termin realizacji zamówienia – do 4 miesięcy = 20 pkt. | **Oferowany termin realizacji zamówienia\*:****□ do 6 miesięcy****□ do 5 miesięcy****□ do 4 miesięcy** |

W przypadku niewypełnienia tabeli "PARAMETRY OCENIANE" Wykonawca otrzyma 0 pkt.

\* Zaznaczyć oferowany termin realizacji zamówienia.

W przypadku niezaznaczenia żadnej opcji terminu realizacji zamówienia Zamawiający przyjmuje, iż Wykonawca zaoferował maks. termin realizacji zamówienia tj. 6 miesięcy i przyzna 0 pkt.

**Oferta zostanie odrzucona w przypadku**:

- wskazania więcej niż jednej opcji terminu realizacji zamówienia,

- zaoferowania terminu realizacji zamówienia powyżej 6 miesięcy.

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **j.m.** | **Ilość** | **Wartość netto PLN** | **\*Stawka VAT %** | **Wartość brutto PLN** | **Oferowany model/Producent** |
| Ambulans sanitarny wraz z wyposażeniemRok produkcji: ………………………. | szt. | 1 |  |  |  |  |

*Uwaga: \*W przypadku, gdy oferowany przedmiot zamówienia podlega opodatkowaniu różnymi stawkami VAT, należy je podać.]*

Słownie wartość netto: .............................................................................................

Słownie wartość brutto: .............................................................................................

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem
elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).