**Tabela nr 5. Opis przedmiotu zamówienia : parametry pojazdu bazowego**

***Nie załączać do oferty – dopiero na wezwanie Zamawiającego***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Obszar** | | **Lp.1** | | | **Opis wymaganych minimalnych warunków  i parametrów techniczno-użytkowych** | | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane : \***(opisać, podać parametry) |
| 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 | 6 |
| 1. | | Nadwozie, ochrona, bezpieczeństwo : | | 1.1 | | | Furgon, podwyższony, o wysokości i długości zapewniającej parametry opisane w tabeli 5.1, oddzielne siedzenia w kabinie kierowcy, czołowe poduszki bezpieczeństwa dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy, **(boczne poduszki bezpieczeństwa** – **opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  | \* Podać markę , typ, model pojazdu bazowego |
| 1.2 | | | stopień drzwi tylnych antypoślizgowy pełniący jednocześnie funkcję zderzaka | |  |  |
| 1.3 | | | drzwi tylne wysokie przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierane na boki o min. 250o z systemem blokowaniaprzy otwarciu | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie, podać kąt otwarcia drzwi |
| 1.4 | | | kolor nadwozia: biały | |  |  |
| 1.5 | | | centralny zamek na wszystkie drzwi + immobiliser + autoalarm sterowany pilotem | |  |  |
| 1.6 | | | dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera  w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze | | x |  |
| 1.7 | | | lusterka zewnętrzne podgrzewane, sterowane elektrycznie | |  |  |
| 1.8 | | | szyby boczne w kabinie kierowcy odsuwane elektrycznie | |  |  |
| 1.9 | | | regulacja kolumny kierownicy min. w dwóch płaszczyznach lub regulacja fotela kierowcy w min. 3 płaszczyznach : góra-dół, przód-tył, pochylenie oparcia | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | | 1.10 | | | sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy – o niedomknięciu którychkolwiek drzwi | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.11 | | | automatyczny, elektryczny system domykania drzwi przesuwnych lewych i prawych – (**opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  |  |
| 1.12 | | | drzwi boczne lewe fabrycznie bez szyby - (**opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.13 | | | reflektory doświetlające zakręt przy skręciepojazdu, włączające się automatycznie w momencie skręcenia kół przez kierowcę  **(opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.14 | | | automat załączania świateł dziennych lub światła do jazdy dziennej LED włączane automatycznie | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 1.15 | | | reflektory przeciwmgielne przednie | |  |  |
| 1.16 | | | system identyfikujący pojazdy w tzw. martwym punkcie z lewej lub prawej strony pojazdu, niezależny od systemu kontroli pasa ruchu - ostrzeżenie kierowcy sygnałem dźwiękowym i wizualnym **– (opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  |  |
| 1.17 | | | wyłączenie na stałe systemu Start/Stop przez producenta lub serwis pojazdu bazowego, (jeżeli taki system jest aktywny w pojeździe) | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 2. | | Silnik : | | 2.1 | | | Turbodiesel – z podgrzewaniem na postoju, ułatwiającym rozruch – **spełniający obowiązującą na dzień dostawy normę emisji spalin,** zużycie energii nie większe niż **3,70MJ/km** | |  | \*Podać, normę emisji spalin, zużycie energii w MJ/km, zgodnie z zapisami w świadectwie homologacji |
|  | |  | | 2.2 | | | moc silnika **min.** **160 KM,** maksymalny moment obrotowy **min**. **350 Nm przy nie więcej niż 1600 obr/min.** | |  | \*Podać pojemność, moc silnika w KM oraz maksymalny moment obrotowy w Nm – i przy jakich obrotach osiągany |
| 2.3 | | | Zbiornik paliwa o pojemności min. 71 L | |  | \*Podać pojemność zbiornika paliwa |
|  | |  | | 2.3 | | | Grzałka elektryczna do silnika działająca na postoju, po podłączeniu do sieci 230V | |  |  |
| 3. | | Trakcja | | 3.1 | | | skrzynia biegów manualna min. 5-biegowa + bieg wsteczny | |  | \*Podać ile biegów |
|  | |  | | 3.2 | | | napęd : na oś przednią lub tylną | |  | \*Podać : przedni czy tylny |
|  | |  | | 3.3 | | | system stabilizacji toru jazdy | |  | \*Podać nazwę |
|  | |  | | 3.4 | | | system antypoślizgowy kół przy ruszaniu | |  | \*Podać nazwę |
| 4. | | Hamulce | | 4.1 | | | z systemem antypoślizgowym ABS | |  |  |
|  | |  | | 4.2 | | | system wspomagania nagłego hamowania BAS albo równoważny **(opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  | \*Podać nazwę |
|  | |  | | 4.3 | | | elektroniczny układ rozdziału siły hamowania  **(opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  | \*Podać nazwę |
| 5. | | Układ kierowniczy | | 5. | | | wspomaganie układu, | |  |  |
| 6. | | Koła i ogumienie | | 6. | | | kpl. kół założonych na pojeździe z oponami letnimi + koło rezerwowe **+ dodatkowo cztery koła kompletne z oponami zimowymi** | | x |  |
| 7. | | Wentylacja | | 7. | | | Zapewniająca min. 20 krotną wymianę powietrza na godzinę w czasie postoju pojazdu | |  |  |
| 8. | | Zawieszenie | | 8. | | | Wzmocnione amortyzatory, wzmocnione stabilizatory osi przedniej i tylnej | |  | \*Opisać czy wskazane elementy są wzmocnione |
|  | | | | | | | | | | |
| **Tabela nr 5a. opis przedmiotu zamówienia: skompletowany ambulans sanitarny z zabudową specjalistyczną** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Ambulans powinien spełniać jednocześnie : wymagania zapisane w tabeli **nr 5 i 5a** oraz warunki zgodne z obowiązującymi przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (tekst jednolity Dz. U. z 2015, poz. 305, z późn. zm.), **wymagania aktualnej wersji norm; PN EN 1789** (ambulans typu C) **oraz PN-EN 1865** (dla urządzeń do transportowania pacjentów) – lub je zastępujące**,** wymogi dotyczące oznakowania ambulansu zawarte w Rozporządzeniu Min. Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. z późn. zmianami oraz pozostałe wymogi określone przez Zamawiającego. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Obszar** | | **Lp.1** | | | **Opis wymaganych minimalnych warunków  i parametrów techniczno-użytkowych** | | **Wpisać Tak / Nie** | **Parametry / warunki oferowane**  **\***(opisać, podać parametry) |
| 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 | 6 |
| 1. | | Nadwozie : | | 1.1 | | | Oznakowanie pojazdu:  - pasy odblaskowe w/g Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. w szczególności :  a) pas odblaskowy z folii **typu 3** barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli - szerokość **min. 15 cm**, **max. 20 cm**;  b) pas odblaskowy z foli **typu 1 lub 3** barwy czerwonej umieszczony **wokół** dachu – szerokość **min. 15 cm**, **max. 20 cm**;  c) pas odblaskowy z folii **typu 1** barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”) szerokość **min. 15 cm**, | |  | \* |
| 1.2 | | | a) napis lustrzany "AMBULANS" z przodu pojazdu o wysokości min. 22 cm  b) napis „AMBULANS” z tyłu pojazdu o wysokości min. 10 cm, w.g Rozporządzenia. | |  |  |
| 1.3 | | | napis "**PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE**" na mat. odblask. wpisany  w okrąg z krzyżem w środku ; na bocznych ścianach ambulansu, na przedniej części dachu i na tylnych drzwiach – wg Rozporządzenia. | |  |  |
| 1.4 | | | dodatkowe emblematy „**RT**” po obu stronach pojazduoraz na drzwiach tylnych – **do uzgodnienia po podpisaniu umowy** | |  |  |
| 1.5 | | | **logo Zamawiającego** na drzwiach kabiny po obu stronach pojazdu **- do uzgodnienia po podpisaniu umowy** | |  |  |
|  | |  | | 1.6 | | | czterocyfrowe numery ewidencyjne pojazdu o wysokości cyfr - 8 cm, umieszczone z przodu po prawej stronie nad szybą czołową i z tyłu po prawej stronie na górze – **do uzgodnienia po podpisaniu umowy** | |  |  |
|  | |  | | 1.7 | | | drzwi boczne prawe przesuwne, przeszklone, z szybą odsuwaną, **stopień wejściowy stały**, **lub wysuwany obrotowo**, wewnętrzny lub zewnętrzny, bezpoślizgowy - umiejscowienie stopnia oraz jego pozycja muszą zapewniać pewne i bezpieczne wejście oraz wyjście, a jednocześnie nie może ograniczać prześwitu do progu nadwozia i stwarzać zagrożenia uderzania w krawężniki przy parkowaniu lub wjeżdżaniu na chodnik – max. wysokość powierzchni stopnia od jezdni 51 cm przy nominalnym obciążeniu bez pasażerów. | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie dotyczące stopnia wejściowego, podać wysokość powierzchni stopnia przy nominalnym obciążeniu pojazdu bez pasażerów |
|  | |  | | 1.8 | | | Krawędź podłogi przy wejściu zabezpieczona bezpoślizgowym kątownikiem z tworzywa sztucznego lub metalu | |  |  |
|  | |  | | 1.9 | | | Krawędzie progów drzwi kabiny kierowcy L+P strona zabezpieczone przed ścieraniem lakieru nakładkami z tworzywa sztucznego | |  |  |
|  | |  | | 1.10 | | | Lampka typu LED nad siedzeniem pasażera, umożliwiająca czytanie lub pisanie w nocy | |  |  |
|  | |  | | 1.11 | | | **Uchwyt do tabletu** montowany w kokpicie kierowcy - Opis w pkt. 7,6 i Tabeli nr 6 | |  | \* Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | |  | | 1.12 | | | **Miejsce,** **z wyprowadzonymi kablami**, do zamontowania drukarki HP Officejet 202 lub równoważnej z podstawą, jeżeli na ściance działowej do kabiny kierowcy, nad blatem roboczym, to w takim miejscu aby nie blokowała dostępu do blatu roboczego i aby był możliwy swobodny załadunek papieru do drukarki. - Opis w Tabeli nr 6 | |  |  |
| 2. | | Ogrzewanie regulowane: | | 2.0 | | | Możliwość ustawienia żądanej temperatury niezależnie we wnętrzu kabiny kierowcy i przedziale pacjenta, dla wszystkich urządzeń | |  |  |
| od pracującego silnika,  z możliwością regulacji | | 2.1 | | | kabiny kierowcy | |  |  |
| 2.2 | | | przedziału pacjenta | |  |  |
| Niezależne, z możliwością regulacji | | 2.3 | | | niezależne od pracy silnika: ogrzewanie wodne lub powietrzne kabiny kierowcy i przedziału pacjenta w trakcie jazdy ambulansu lub na postoju, gdzie nie ma możliwości podłączenia zasilania z sieci energetycznej, możliwość podgrzania silnika na postoju – **moc min. 5kW** | |  | \* Podać markę i typ urządzenia (powietrzne/wodne) oraz moc w kW |
| postojowe, dodatkowe z automatycznym wyłącznikiem | | 2.5 | | | z sieci 230 V - dodatkowy, podgrzewacz przedziału pacjenta o **mocy min. 1800 W** - zamocowany w taki sposób, aby wylot ogrzanego powietrza skierowany był do środka przedziału | |  | \* Podać markę i typ urządzenia oraz moc w W |
| 3. | | klimatyzacja | | 3.1 | | | klimatyzacja **dwuparownikowa**  z niezależną regulacją temperatury i nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału pacjenta | |  |  |
| 4. | | Instalacja elektryczna | | 4.1 | | | wzmocniony alternator o mocy maksymalnej minimum **2520W – 180 A** przy napięciu 14V | |  | \*Podać moc alternatora lub prąd max. przy napięciu 14 V |
|  | |  | | 4.2 | | | dwa akumulatory typu AGM o pojemności sumarycznej **min. 180 Ah** - 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. Widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o niedoładowaniu któregokolwiek. | |  | \*Podać pojemności akumulatorów |
|  | |  | | 4.3 | | | zasilanie zewn. 230V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika. Układ zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie akumulatorów - jeden prostownik o min. **rzeczywistej** **wydajności prądowej min 20A** lub dwa prostowniki oddzielnie dla akumulatora rozruchowego, oddzielnie dla przedziału pacjenta - **z automatycznym zabezpieczeniem przed jego awarią oraz przeładowaniem akumulatorów – w kabinie kierowcy widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju.** | |  |  |
|  | |  | | 4.4 | | | Przetwornica 12-230V DC-AC min. 1 kVA zapewniająca napięcie AC 230V w zamontowanych gniazdach – włączane niezależnie wyłącznikiem na panelu sterującym | |  |  |
|  | |  | | 4.5 | | | **min. 4gniazda 230 V** w przedziale pacjenta z bezpiecznikami zabezpieczającymi, w tym trzy zasilane z przetwornicy lub zewnętrznego zasilania 230V w okolicach środkowej części przedziału medycznego na lewej ścianie oraz jedno do zasilania dodatkowego podgrzewacza elektrycznego, **aktywne tylko** przy zasilaniu zewnętrznym 230V | |  |  |
|  | |  | | 4.6 | | | **~~4~~ gniazda 12 V** **typu Lexel lub równoważne,** w przedziale pacjenta(w przypadku dostawy ambulansu z gniazdami innego typu wymaga się by do każdego ambulansu dostarczony był komplet tj. 4 szt. przejściówek umożliwiający wpinanie do gniazd ambulansu urządzeń Zamawiającego z wtyczkami typu Lexel) - z bezpiecznikami zabezpieczającymi | |  | \* Podać typ gniazd |
|  | |  | | 4.7 | | | Oddzielone od podstawowego obwodu elektrycznego pojazdu obwody elektryczne ambulansu, oznakowane i zabezpieczone niezależnie. Umocowanie odpowiedniego schematu rozmieszczenia poszczególnych bezpieczników i przekaźników sterujących   na obudowie skrzynki sterującej lub na ścianie tylnej kabiny kierowcy. Przewody instalacji elektrycznej umieszczone w osłonach (korytka, peszle) prowadzone i umocowane tak, aby nie było możliwości przypadkowego ich uszkodzenia | |  | \* |
|  | |  | | 4.8 | | | Przewód zasilania zewnętrznego 230V o długości **co najmniej 6 m** | | x |  |
|  | |  | | 4.9 | | | Wszystkie urządzenia zabudowy specjalistycznej muszą być połączone elektrycznie za pomocą solidnych, rozłączalnych złącz (wsuwanych, zaciskanych, skręcanych) - **bez lutowania** | |  |  |
| 5. | | Przedział pacjenta | | 5.1 | | | minimalne wewn. wymiary przedziału pacjenta : **wysokość min.** **1,80 m,** mierzona pionowo, na środku długości noszy - od podłogi do sufitu, **długość min. 3,20** **m**, mierzona poziomo, od płaszczyzny zamkniętych drzwi przesuwnych do kabiny kierowcy, do płaszczyzny zamkniętych drzwi tylnych, **szerokość min. 1,70** **m,** mierzona poziomo pomiędzy ścianami bocznymi. | |  | \*Podać wymiary przedziału pacjenta |
| 5.2 | | | przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu medycznego. (**Opcjonalnie** **zamocowane 2 poziome szyny mocujące** do których mogą być łatwo przykręcane, w różnych kombinacjach **2 do 3-ch uniwersalne płyty mocujące** (płyty z blachy nierdzewnej lub aluminiowe), do których można mocować niezależnie : uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, szynę Modura do zamocowania respiratora lub p-py infuzyjnej oraz inny sprzęt w dowolnej konfiguracji - **opcja punktowana** **pkt. XIX, tabela nr 2 – siwz) -** szyny muszą być tak zamocowane, aby po zamontowaniu sprzętu medycznego nie kolidował on z pacjentem umieszczonym na noszach, a dostęp do wszystkich szafek i schowków nie był ograniczony. Wysokość miejsca dla defibrylatora; w szczególności Lifepak 15 musi zapewniać możliwość otworzenia ramienia zabezpieczającego do góry tak, aby możliwe było zablokowanie ramienia w górnym położeniu i wyjęcie defibrylatora bez potrzeby trzymania ręką podniesionego ramienia. | | x | \* Opisać oferowane rozwiązanie – może być w załączeniu rysunek lub zdjęcie |
| 5.2a | | | Szyna Modura o długości 50 cm zamontowana na ścianie lewej lub 30 cm na jednej z płyt mocujących **do uzgodnienia po podpisaniu umow**y | | x |  |
| 5.3 | | | izolacja termiczna ścian i sufitu przedziału medycznego oraz pawlacza nad kabiną kierowcy-(jeżeli jest zamontowany) | |  |  |
| 5.4 | | | **1 fotel** składany zamontowany obok noszy, wyposażony w pasy bezpieczeństwa mocowane 3-punktowo oraz zagłówki przystosowane dla osób o wzroście w zakresie min. od 150-200 cm, zagłówki regulowane lub zintegrowane,- | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie, |
| 5.5 | | | **1 miejsce** siedzące ze składanym siedziskiem, wyposażone w pas bezpieczeństwa oraz zagłówek przystosowany dla osób o wzroście w zakresie min. od 150-200 cm (zagłówek regulowany lub zintegrowany), z możliwością jazdy tyłem do kierunku jazdy, umieszczone za głową pacjenta, posiadające możliwość złożenia siedzenia, aby możliwe było swobodne przejście do kabiny kierowcy | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
| 5.7 | | | podłoga wyłożona wykładziną antypoślizgową, łatwo zmywalną, połączoną szczelnie z pokryciem boków tak, aby część wychodząca na ścianę boczną nie tworzyła kanciastej krawędzi i była zabezpieczona tak aby nie było możliwe odklejanie się części wychodzącej na ścianę boczną | |  |  |
| 5.8 | | | ściany boczne, sufit, półki, szafki wykonane z materiału łatwo zmywalnego, odpornego na działanie środków myjąco odkażających, bez ostrych krawędzi, w kolorze białym, tak zamontowane, aby w czasie jazdy ambulansu nie powodowały drgań i związanych z tym dokuczliwych dźwięków | |  |  |
| 5.9 | | | przegroda pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem pacjenta z drzwiami przesuwnymi o wysokości min. 165 cm, wysokość mierzona w linii drzwi, pionowo od powierzchni podłogi do dolnej krawędzi okna otwartych drzwi – (**drzwi przesuwne o wys. min. 175 cm** - **opcja punktowana pkt. XIX, tabela nr 2 siwz)** | |  | Opisać oferowane rozwiązanie, podać wysokość otworu drzwi |
| 5.10 | | | schowek wewnętrzny na dodatkowe wyposażenie ortopedyczne z łatwym dostępem w każdych warunkach (unieruchomienia kończyn, miednicy, kręgosłupa) | |  |  |
| 5.11 | | | szafki na leki z zamknięciem uniemożliwiającym samoczynne otwarcie w czasie jazdy - | | x |  |
| 5.12 | | | na ścianie działowej przy wejściu zespół szafek, miejsca do mocowania walizki lub torby medycznej, wyjmowane do wewnątrz przedziału medycznego z jednoczesnym dostępem z zewnątrz poprzez drzwi boczne prawe oraz z blatem roboczym (wykończonym twardym materiałem np. blachą nierdzewną,)- taka ilość szuflad, **aby wysokość wewnętrzna każdej wynosiła min. 15** **cm** | |  |  |
| 5.13 | | | podgrzewacz płynów infuzyjnych (termobox) - umożliwiający automatyczne utrzymanie temperatury płynów w nim przechowywanych na poziomie regulowanym w zakresie min. 20-36st.C, zarówno na postoju , jak i w czasie ruchu ambulansu (o każdej porze roku.), pojemność min. 3 l. | | x |  |
| 5.14 | | | miejsce na 2 torby lekarskie lub plecaki, wraz z ich mocowaniem – zaczepy, paski do mocowania toreb, plecaków | |  |  |
| 5.15 | | | uchwyty sufitowe do płynów infuzyjnych min. 3 | |  |  |
| 5.16 | | | uchwyty sufitowe dla personelu umieszczone wzdłuż noszy oraz uchwyty przy drzwiach bocznych prawych i tylnych przedziału pacjenta ułatwiające wsiadanie | |  |  |
| 5.17 | | | **Miejsce, na 2 butle tlenowe duże** (8L) **ze zintegrowanym zaworem LIV -** wysokość 102 cm, średnica 14 cm, **z łatwo rozłączalnymi uchwytami wyposażonymi w elementy tłumiące drgania,** - tak umiejscowione, aby w każdych warunkach z zewnątrz oraz z przedziału pacjenta możliwy był dostęp do zaworów, obserwacja ciśnieniomierzy oraz bezproblemowa wymiana butli – umieszczenie w zabudowie zewnętrznej za lewymi drzwiami przesuwnymi. | |  |  |
| 5.18 | | | M**iejsce i uchwyty z elementami tłumiącymi drgania na 2 butle tlenowe małe** (2 L) **ze zintegrowanym zaworem LIV -** wysokość 50 cm, średnica 10,2 cm, **z rozłączalnymi uchwytami wyposażonymi w elementy tłumiące drgania.** | |  |  |
| 5.19 | | | miejsce z uchwytami do mocowania noszy podbierających, **mocowanie za pomocą** **regulowanych pasków, uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania,** | |  | \* |
| 5.20 | | | miejsce z uchwytami do mocowania desek ortopedycznych : dużej **o wysokości** **do 183 cm, szerokości min 46** **cm**, **grubości min. 7 cm** – i małej dla dzieci, **mocowanie za pomocą regulowanych pasków, uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania**– w zabudowie zewnętrznejza lewymi drzwiami przesuwnymi – zapewnienie miejsca zastępczego z paskami mocującymi w przedziale medycznym np. na dole przy lewej ścianie na dłuższą deskę | |  | \*w razie braku miejsca w zabudowie zewnętrznej na bardzo długą deskę – niezależne miejsce wewnątrz przedziału pacjenta z paskami mocującymi |
| 5.21 | | | miejsce z uchwytami do mocowania krzesełka kardiologicznego „**schodowego**” –- **o wysokości min. 113, szerokości min. 55 cm, głębokości min. 22 cm -** **mocowanie za pomocą regulowanych pasków** – **uchwytów zaopatrzonych w elastyczne elementy tłumiące drgania .** | |  | \* |
| 5.22 | | | okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową | |  |  |
|  | |  | | 5.23 | | | miejsce wraz z mocowaniem 3 kasków ochronnych, | |  |  |
|  | | 5.24 | | | zamocowany na ścianie **panel sterujący** służący do sterowania i regulacji :  - oświetlenia przedziału,  - temperatury w termoboxie  - systemu ogrzewania i klimatyzacji  przedziału z funkcją automatycznego utrzymywania nastawionej temperatury (nie więcej jak do 25oC przy niskich temperaturach zewnętrznych),  Ponadto posiadający funkcje wyświetlania aktualnego czasu oraz temperatury w przedziale i na zewnątrz jak również w termoboxie | |  |  |
|  | |  | | 5.25 | | | Miejsce do mocowania przenośnego urządzenia do kompresji klatki piersiowej typ Lucas – wymiary w stanie złożonym w pokrowcu (plecaku) 65x33x25 cm, waga ok. 10 kg | |  | \*Opisać zastosowane rozwiązanie wraz z lokalizacją miejsca |
| 6. | | Oświetlenie  i  sygnalizacja: | | 6.1 | | | świetlna : na dachu belka świetlna z lampami LED błyskowymi, lampa błyskowa LED z tyłu - dwie lampy sygnalizacyjne pulsujące LED na wysokości pasa przedniego, dodatkowe dwie lampki sygnalizacyjne pulsujące umieszczone na błotnikach przednich lewym i prawym, obudowa o kształcie opływowym – nie kanciasta – **wszystkie lampy emitujące światło w kolorze niebieskim** | |  | \* |
| 6.2 | | | dźwiękowa : elektryczna, modulowana o mocy nie mniejszej niż 100 W, z możliwością przekazywania komunikatów głosem - głośnik umieszczony poniżej linii dolnej szyby czołowej + dodatkowo pneumatyczna ciągłego działania, lub elektryczna niskotonowa | |  | \*Podać typy urządzeń i moc |
| 6.3 | | | lampy świateł pozycyjnych na drzwiach tylnych działające po ich otwarciu | |  |  |
| 6.4 | | | reflektory zewnętrzne LED lub halogenowe, po dwa z lewej i prawej strony nadwozia, do oświetlenia miejsca akcji | |  |  |
| przedziału pacjenta | | 6.5 | | | **sygnalizacja wizualna i dźwiękowa:** kamera + wyświetlacz w kabinie kierowcy oraz sygnał ostrzegający go o zbliżaniu się do przeszkody na odległość mniejszą niż 100 cm, podczas wykonywania manewru cofania ambulansu. Strefa z tyłu ambulansu obejmujące zakresem działania przeszkody o wysokości od 30 do 250 cm, znajdujące się bezpośrednio za pojazdem, | |  | Opisać oferowane rozwiązanie |
| 6.6 | | | oświetlenie rozproszone na obszar pacjenta   i obszar otaczający- LED lub jarzeniowe oraz regulowane oświetlenie punktowe (LED lub halogenowe) min. 6 punktów, umieszczone na suficie wzdłuż podstawy noszy. **Uwaga !** Barwa oświetlenia „**ciepła**” **2700-3300 K** maksymalnie. | |  |  |
| 6.7 | | | włączenie/wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu/zamknięciu drzwi przedziału pacjenta | |  |  |
| 6.8 | | | oświetlenie pawlacza nad kabiną kierowcy włączające się automatycznie po jego otwarciu - (jeżeli pawlacz jest zamontowany) | |  | \*jeżeli jest pawlacz |
| 7. | | Łączność | | 7.1 | | | zamocowana na dachu ambulansu antena wg PAR o impedancji 50 Ohm dla f=168-170 Mhz - z gniazdem i przewodem doprowadzonym do miejsca mocowania radiotelefonu | |  |  |
| 7.2 | | | miejsce z uchwytem do mocowania radiotelefonu, wraz z doprowadzonym zasilaniem 12V-z zabezpieczeniem prądowym | |  |  |
| 7.3 | | | **antena GPS** – 1575,42 MHz, impedancja 50 Ohm, zysk min. 26 dB, wodoodporna, temp. pracy -40-+85 st.C, zasilanie z instalacji pojazdu 12-14V, na dach pojazdu – kabel anteny wyprowadzony w kabinie kierowcy – | |  |  |
| 7.4 | | | **2 anteny GSM** – 900/1800 MHz – długości 100 mm, zewnętrzne (na dach) – kabel wyprowadzony w kabinie kierowcy – | |  |  |
| 7.5 | | | 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 | |  | \* Opisać czy zastosowano jakieś rozwiązania w tym względzie |
|  | |  | | 7.6 | | | Przystosowanie miejsca w kabinie kierowcy do zamontowania stacji dokującej do tabletu, poprzez zamontowanie na kokpicie kierowcy uchwytu zakończonego łącznikiem kulowym o średnicy 1,5 cala, który powinien wystawać przed powierzchnię kokpitu na taką odległość, aby można było swobodnie zamocować na nim ramię łącznika RAM-201U-B o długości 3,5 cala łączące komponenty 1,5 calowe. Adres strony internetowej ramienia łącznika: <http://www.rammount24.pl/product-pol-270-Ramie-o-dlugosci-3-50-cala-Wspolpracuje-z-komponentami-o-srednicy-1-5-cala.html>  Zamontowanie ramienia łącznika do uchwytu.  Mocowanie musi umożliwić bezkolizyjny montaż stacji dokującej tablet : wysokość dolnej krawędzi stacji co najmniej na wysokości górnej powierzchni poduszki siedzenia pasażera, możliwość przejścia pasażera i kierowcy bezpośrednio do przedziału pacjenta przez przejście wewnętrzne. | |  |  |
|  | |  | | 7.7 | | | Wyprowadzenie w odpowiednich miejscach, uzgodnionych z Zamawiającym, odpowiednio zabezpieczonych wiązek przewodów zasilających urządzenia SWD PRM, wg specyfikacji opisanej w Tabeli nr 6. | |  |  |
| 8. | | Centralna instalacja  tlenowa,  i próżniowa | | 8.1. | | | **2 gniazda tlenowe** na ścianie bocznej - monoblokowe, **panel typu AGA** + wtyki dla podłączeń zewn. **+ gniazdo na suficie,**  Certyfikat zgodności z dyrektywą UE 93/42/EWG | |  | \*Podać markę i typ gniazd i panelu |
| 8.2 | | | Pompa próżniowa + **1 gniazdo próżni** z regulacją siły ssania + kosz + słój  o pojemności 0,9-1,2 l. z zaworem przelewowym + /przewód pacjenta/ | |  |  |
| 9. | | Obsługa techniczna pojazdu, wymagania techniczne | | 9. | | | planowy przegląd techniczny min. co 15.000 km lub system ASYST albo równoważny | |  | \*Opisać oferowane rozwiązanie |
|  | | 9.1 | | | zabudowa specjalistyczna musi zapewniać **swobodny dostęp** do wszystkich wymiennych elementów zabudowy wewnętrznej i zewnętrznej zwłaszcza takich jak : lampy sygnalizacyjne, belki sygnalizacyjne, lampy boczne, lampy dachowe, sygnały dźwiękowe , dmuchawy, pompy, sprężarki, prostowniki, anteny etc… , na wypadek awarii lub uszkodzenia mechanicznego, bez konieczności demontażu elementów zabudowy przedziału medycznego, zwłaszcza, wycinania otworów, odklejania ścian, szafek, mocowań itp… | |  |  |
|  | | 9.2 | | | **Wykonawca musi zapewnić** w okresie min. 5 lat od daty przekazania ambulansu Zamawiającemu dostępność wszystkich elementów sprzętowych zabudowy specjalistycznej, takich samych jak zamontowane pierwotnie lub innych równoważnych; całkowicie kompatybilnych zarówno pod względem mechanicznym, jak również elektrycznym i elektronicznym, aby możliwa była naprawa lub wymiana zepsutego lub uszkodzonego osprzętu, bez potrzeby jakichkolwiek przeróbek lub modernizacji w pojeździe. Dotyczy to wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie w ramach adaptacji samochodu ciężarowego na ambulans sanitarny. | |  | \*Oświadczenie, że Wykonawca zapewni |
| 10. | | Wyposażenie: | | 10.1 | | | kpl.awaryjny : klucz do kół, podnośnik, | |  |  |
| 10.2 | | | trójkąt odblaskowy | |  |  |
| 10.3 | | | apteczka samochodowa | |  |  |
| 10.4 | | | kamizelka odblaskowa – rozmiar XL | |  |  |
| 10.4 | | | 2 gaśnice z mocowaniami; jedna w kabinie kierowcy, druga w przedziale pacjenta | |  |  |
|  | |  | | 10.5 | | | urządzenie do wybijania szyb oraz nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa **Uwaga** : nóż i młotek nie powinny być zamocowane tuż przy fotelu bocznym – możliwość niekontrolowanego użycia przez pacjenta. | |  |  |
|  | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | | **Wymagania ogólne :** | | | | | | |  |  |
| 12. | | Masa ambulansu |  | | | **Ambulans będzie wykorzystywany do**  **przewozu 2 - max. 3 osobowego zespołu ratunkowego + jeden pacjent.** | | |  | **\***Podać d.m.c. (brutto) skompletowanego ambulansu wraz z noszami |
| 13. | | **Wymagane minimalne okresy gwarancyjne dla :** | | | | | | |  | Podać oferowane okresy oraz czy gwarancja Wykonawcy czy producenta - odpowiednio : |
| a) | | pojazdu bazowego; min. 24 m-ce | | | | | | |  | **\*** |
| b) | | zabudowy specjalistycznej ambulansu; min. 24 m-ce : | | | | | | |  | **\*** |
| c) | | powłok lakierniczych; min. 24 m-ce | | | | | | |  | **\*** |
| 14. | | **Na wezwanie Zamawiającego należy dostarczyć dokumenty o których mowa w pkt. VII.3 siwz: w tym m.in. kopię świadectwa homologacji dla kompletnie zabudowanego ambulansu sanitarnego oraz certyfikaty lub deklaracje zgodności dla ambulansu i wyposażenia medycznego, w szczególności dla :** | | | | | | |  | Opisać poniżej jakie dokumenty Wykonawca załączy na Wezwanie Zamawiającego i nr strony na której znajduje się każdy z nich |
| a) | | ambulansu kompletnie zabudowanego | | | | | | |  | **\*** |
| b) | | panela tlenowego, gniazd tlenowych tabela 5a poz. 8.1 | | | | | | |  | \* |
|  | |  | | | | | | |  |  |
| 15. | | **Uwaga :** | | |  | | |  |  |  |
| a) | | 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 : noszy podbierakowych, krzesełka kardiologicznego, desek ortopedycznych należy zastosować elementy tłumiące drgania i hałasy powstające w trakcie ruchu ambulansu. | | | | | | |  |  |
| b) | | wszystkie miejsca siedzące muszą być wyposażone w pasy bezpieczeństwa i zagłówki. | | | | | | |  |  |
| c) | | pojazd bazowy jest wyprodukowany nie wcześniej niż w 2020 r., ostateczna zabudowa, jako ambulans sanitarny wykonana w 2020 r. | | | | | | |  | \*podać datę produkcji pojazdu bazowego |
| d) | | koło rezerwowe umieszczone poza przedziałem pacjenta – w miejscu umożliwiającym jego wymianę przez kierowcę ambulansu | | | | | | |  | \*napisać gdzie umieszczone |
| e) | | **Wykonawca zapewni odpowiednie umiejscowienie elementów systemu wspomagania dowodzenia SWD w ambulansie wraz  z wyprowadzeniem przewodów zasilających z zabezpieczeniami – Opis urządzeń SWD znajduje się w załączniku nr 5 do siwz.** | | | | | | |  | \* |
| 16. | | **Wraz z kompletnym ambulansem Wykonawca musi przekazać wszystkie dokumenty potrzebne do zarejestrowania pojazdu i dalszej jego eksploatacji, w szczególności:** | | | | | | |  |  |
| a) | | Karta pojazdu odpowiednio wypełniona dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu) | | | | | | |  |  |
| b) | | Wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego (wymagane do rejestracji pojazdu) | | | | | | |  |  |
| c) | | Zaświadczenie stacji diagnostycznej o wykonaniu dodatkowego przeglądu potwierdzającego dokonanie zmian konstrukcyjnych każdego pojazdu | | | | | | |  |  |
| d) | | Instrukcja obsługi pojazdu | | | | | | |  |  |
| e) | | Książka obsług (przeglądów) pojazdu | | | | | | |  |  |
| f) | | Wszystkie pozostałe instrukcje obsługi pojazdu i jego osprzętu | | | | | | |  |  |
| g) | | Instrukcję obsługi i konserwacji oraz kartę gwarancyjną zabudowy specjalistycznej ambulansu | | | | | | |  |  |
| h) | | Instrukcje obsługi i karty gwarancyjne dla wszystkich urządzeń zamontowanych w ambulansie, które nie są objęte bezpośrednio instrukcją i gwarancją zabudowy specjalistycznej, które objęte są niezależnie gwarancją producenta | | | | | | |  |  |
| i) | | Schemat elektryczny i montażowy dodatkowych instalacji ambulansu – schemat rozmieszczenia przekaźników i bezpieczników chroniących instalacje elektryczne ambulansu | | | | | | |  |  |
| j) | | Wykaz łącznie z adresami, zlokalizowanych najbliżej siedziby Zamawiającego, autoryzowanych stacji obsług i napraw gwarancyjnych pojazdu bazowego . | | | | | | |  |  |
| ałącznik nr 1d do SIWZ  Zamontuję w ambulansie nowy kpl. noszy elektrohydraulicznych Power PRO XT wraz z systemem załadunku  POWER LOAD, który jest już w posiadaniu Zamawiającego.  Zapewnię zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i w uzgodnieniu z nim miejsce do montażu urządzeń systemu SWD PRM  opisanych w Tabeli nr 6 poniżej, t.j.   * 1. modułu GPS ,   2. drukarki wraz z podstawą,   3. tabletu przenośnego wraz ze stacją dokującą i przetwornicą napięcia.  1. Umożliwię uprawnionemu przedstawicielowi Zamawiającego montaż w/w urządzeń systemu SWD PRM w ambulansach stanowiących przedmiot zamówienia w uzgodnionym terminie. 2. Wyprowadzę przewody z niezbędnymi napięciami i sygnałami do zasilania i sterowania urządzeń systemu SWD –  opisane szczegółowo w tabeli nr 6 poniżej. 3. Zamontuję na kokpicie w kabinie kierowcy uchwyt do mocowania tabletu – opis w pkt. 7.6 tabeli nr 5a 4. Zamontuję podstawę-uchwyt do drukarki typu HP 202 5. Wszystkie w/w działania nie będą miały wpływu na zakres i czas udzielonych gwarancji. 6. Wszystkie wymagane napięcia i sygnały dla urządzeń SWD są wyprowadzone w uzgodnionych  miejscach zgodnie z poniższym zestawieniem:   **Tabela nr 6**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp | Określenie wymagania | Wpisać „Tak” lub „Nie” | Opis oferowanego rozwiązania, wartości napięć i prądów | | *1* | *2* | *3* | *4* | | **1.** | **Napięcia i sygnały dla modułu GPS :** |  |  | | a) | stałe napięcie zasilania 12-14V  **przed wyłącznikiem zapłonu**,  z zabezpieczeniem **0,5A** |  |  | | b) | sygnał wejściowy działania sygnalizacji świetlnej /koguty/ - / poziom 10-14V/ |  |  | | c) | sygnał wejściowy działania sygnalizacji dźwiękowej - /poziom 10 -14V/ |  |  | | d) | sygnał po włączeniu zapłonu – /poziom 10-14V/ |  |  | | **2.** | **Napięcia i sygnały dla drukarki :** |  |  | | a) | stałe napięcie zasilania DC 12-14 V **przed wyłącznikiem zapłonu**, z zabezpieczeniem **10A**  **oraz** napięcie zmienne AC 230V w gniazdach, włączane na panelu sterowania |  |  | | **3.** | **Napięcia i sygnały dla Tabletu :** |  |  | | a) | stałe napięcie zasilania DC poziom 19 V  **przed wyłącznikiem zapłonu**,  z zabezpieczeniem **10A** |  |  |   OŚWIADCZAM, ŻE OFEROWNY AMBULANS SPEŁNIA WYŻEJ WYMIENIONE WARUNKI TECHNICZNE  I BĘDZIE DOSTARCZONY WRAZ Z WSZYSTKIMI DOKUMENTAMI | | | | | | | | | | |
| *Wypełnić, wydrukować, podpisać, przesłać na wezwanie Zamawiającego* | | | | | | | | | | | |

***UWAGA !***

***- w Tabelach nr 5 i 5a w kolumnie nr 5 wpisać słowo „tak” lub „nie” -***

***- w kolumnie nr 6 opisać krótko zastosowane rozwiązanie, parametry,***

***- pozycje oznaczone \* muszą być obowiązkowo wypełnione opisem !***

***- pozycji zaciemnionych nie wypełniać***

............................................. dnia...................... 2021 r.

.....................................................................

podpis i pieczątka Wykonawcy