**SPECYFIKACJA WYMAGAŃ TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

**AMBULANSU SANITARNEGO TYPU B**

**Z ZABUDOWĄ MEDYCZNĄ ORAZ WYPOSAŻENIEM MEDYCZNYM**

**(po zmiana w dniu 20.09.2018 roku)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **WYMAGANE PARAMETRY** **TECHNICZNO-UŻYTKOWE** | **PARAMETRY OFEROWANE**  |
| **SPEŁNIA****- TAK / NIE\***(\* określić) | **DANE DODATKOWE**(\*\* opisać) |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| **POJAZD BAZOWY**  |
| 1 | Nadwozie pojazdu typu furgon częściowo przeszklone- rok produkcji 2017/2018,  | TAK/NIE | Podać markę, model, wersje wyposażenia oraz rok produkcji\*\*: |
| 2 | Silnik wysokoprężny - zasilany olejem napędowym o mocy nie mniejszej niż 106 KW (~ 144 KM); Silnik spełniający normy min. Euro 6 | TAK/NIE | Podać pojemność silnika i moc w KM\*\* |
| 3 | Pojazd o dopuszczalnej masie całkowitej do3,5 t; z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit | TAK/NIE |  |
| 4 | Min. dwa równoważne komplety: kluczyków/kart do pojazdu. Kluczyki/karty i piloty autoalarmu zintegrowane w jednej obudowie. | TAK/NIE | Podać wybrane/zastosowane rozwiązanie\*\* |
| 5 | Centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem z możliwością uruchamiania od wewnątrz z autoalarmem | TAK/NIE |  |
| 6 | Pojazd przystosowany do przewozu min. 3 osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej + 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. (3 os. + 1 os.) | TAK/NIE |  |
| 7 | Obrotowy fotel w przedziale medycznym, (obrót min. 90° umożliwiający prawidłową obsługę pacjenta leżącego na noszach) wyposażony w bezwładnościowy, trzypunktowy pas bezpieczeństwa i zagłówek (regulowany lub zintegrowany), ze składanym do pionu siedziskiem, z podłokietnikiem, pokryty materiałem łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące - w klasie M1 | TAK/NIE |  |
| 8 | Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy.Fotel kierowcy i pasażera z regulacją wysokości oraz wyposażone w podłokietniki | TAK/NIE |  |
| 9 | Poduszki powietrzne przednie, czołowe kierowcy i pasażera  | TAK/NIE |  |
| 10 | Lusterka boczne podgrzewane i elektrycznie sterowane | TAK/NIE |  |
| 11 | Szyby w kabinie kierowcy elektrycznie sterowane | TAK/NIE |  |
| 12 | Reflektory przeciwmgielne przednie; | TAK/NIE |  |
| 13 | Radioodtwarzacz CD/MP3 z nagłośnieniem obu przedziałów | TAK/NIE |  |
| 14 | Drzwi tylne dwuskrzydłowe, wysokie przeszklone, otwierane na boki o kąt min. 250º  | TAK/NIE | Określić kąt\*\*: |
| 15 | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu, z otwieraną szybą  | TAK/NIE |  |
| 16 | Szyby w przedziale medycznym pokryte w 2/3 wysokości folią półprzezroczystą lub zmatowione | TAK/NIE |  |
| 17 | Dźwiękowa lub w miejscu widocznym dla kierowcy wizualna sygnalizacja niedomkniętych (dowolnych) drzwi pojazdu | TAK/NIE |  |
| 18 | System wspomagający parkowanie min. tył. (czujnik parkowania, kamera cofania lub rozwiązanie równoważne)  | TAK/NIE | *Podać proponowane rozwiązanie oraz jakie strefy obejmuje (np. tył, przód).\*\** |
| 19 | Ścianka działowa oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego z drzwiami przesuwanymi, częściowo przeszklona z szybą przesuwaną  | TAK/NIE |  |
| 20 | Wysokość przedziału medycznego min. 1850 mm | TAK/NIE | Podać w wysokość\*\*: |
| 21 | Długość przedziału medycznego min. 2900 mm | TAK/NIE | Podać długość\*\*: |
| 22 | Szerokość przedziału medycznego min. 1650 mm | TAK/NIE | Podać szerokość\*\*: |
| 23 | Obserwacja manometrów butli musi odbywać się z wnętrza przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| 24 | Lakier w kolorze białym,  | TAK/NIE |  |
| 26 | Moment obrotowy min. 310 Nm | TAK/NIE | Podać moment obrotowy (w Nm)\*\*: |
| 27 | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy | TAK/NIE |  |
| 28 | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu | TAK/NIE |  |
| 29 | Układ kierowniczy ze wspomaganiem, regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach | TAK/NIE |  |
| 30 | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału kierowcy i przedziału medycznego umożliwiający ogrzanie silnika a także kabinę kierowcy i przedział medyczny przed rozruchem silnika z możliwością ustawienia temperatury i termostatem | TAK/NIE | Podać markę i model\*\*: |
| 31 | Ogrzewanie postojowe przestrzeni medycznej – grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V,z możliwością ustawienia temperatury i termostatem | TAK/NIE |  |
| 32 | Klimatyzacja dwu-parownikowa, z niezależną regulacją chłodzeniaoraz siły nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego  | TAK/NIE |  |
| 33 | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| 34 | Akumulator/y o łącznej min. pojemności 140 Ah, zapewniając/e prawidłową prace wszystkich odbiorników w trakcie wykonywanych działań | TAK/NIE | Podać ilość akumulatorów oraz pojemność akumulatorów (w Ah)\*\*: |
| 35 | Alternator zapewniający prawidłowe ładowanie akumulatora samochodowego oraz dodatkowego/ych akumulatora/ów | TAK/NIE | Podać moc (w A)\*\*: |
| 36 | Zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem uniemożliwiającym rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym i automatycznym układem ładowania obu akumulatorów (ładowanie sterowane mikroprocesorem) jednocześnie + przewód zasilający min. 5m | TAK/NIE |  |
| 37 | Min. 4 gniazd 12V w przedziale medycznym do podłączenia urządzeń medycznych | TAK/NIE |  |
| 38 | Min. 2 gniazda 230V w przedziale medycznym; zasilane z akumulatorów przez przetwornice – umożliwiające podłączenie urządzenia o mocy min. 1000W | TAK/NIE |  |
| 39 | Centrala bezpieczników z łatwym dostępem, w przypadku wystąpienia potrzeby możliwość wykonania niezbędnych operacji bez dokonywania dodatkowych czynności związanych z demontażem elementów wyposażenia | TAK/NIE |  |
| 40 | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu pojazdu ze światłami wyładowczymi typu stroboskopowego lub LED i dwoma światłami roboczymi skierowanymi do przodu. W komorze silnika zamontowany głośnik o mocy min. 100W, sygnał dźwiękowy modulowany (Wail, Yelp, Air Horn, Hi-Lo) - zmiana modulacji w klaksonie, możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK/NIE |  |
| 41 | Lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu stroboskopowego lub LED dwie na wysokości pasa przedniego oraz po jednej na bokach zderzaka | TAK/NIE |  |
| 42 | Min. jedna lampa typu stroboskopowego lub LED w tylniej części dachu pojazdu; | TAK/NIE |  |
| 43 | Dodatkowe dwutonowe sygnały pneumatyczne przystosowane do pracy ciągłej z własnym układem zasilania (min. 2 stalowe trąby powietrzne) | TAK/NIE |  |
| 44 | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi, widoczne już od otwarcia o 90º | TAK/NIE |  |
| 45 | Dodatkowe kierunkowskazy zamontowane w górnych, tylnych częściach nadwozia | TAK/NIE |  |
| 46 | Reflektory zewnętrzne z trzech stron pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po dwa z każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego | TAK/NIE |  |
| 47 | Pas odblaskowy barwy niebieskieji czerwonej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia | TAK/NIE |  |
| 48 | Z przodu pojazdu napis: lustrzane odbicie słowa „**AMBULANS**” | TAK/NIE |  |
| 49 | Standardowe oznaczenie typu karetki na bokach, drzwiach tylnych symbolem ”**P**”. Pełne oznakowanie ambulansu folią mikropryzmatyczną | TAK/NIE |  |
| 50 | Pojazd przystosowany do montażu radiotelefonu, wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu oraz z zamontowaną anteną dachową do radiotelefonu o parametrach:– zakres częstotliwości 136-174 MHz,- impedancja wejściowa 50 Ohm,- współczynnik fali stojącej 1,6 | TAK/NIE |  |
| 51 | Radiotelefonia montowana w kabinie kierowcy marki MOTOROLA GM 360 lub równoważna o parametrach nie gorszych niż:- zakres częstotliwości 136-174 MHz,- odstęp między kanałowy 12,5 KHz,- liczba kanałów min. 255,- podłączony pod instalację zasilającą | TAK/NIE | Podać producenta, markę i typ\*\*: |
| 52 | Oświetlenie przedziału medycznego – światło rozproszone, umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 4 punktów świetlnych oraz oświetlenie punktowe – halogenowe min. 2 punkty świetlne nad noszami w suficie i jeden nad blatem roboczym szafki | TAK/NIE | Podać ilość punktów świetlnych – opisać\*\*: |
| 53 | Podłoga o powierzchni antypoślizgowej, pokryta specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, połączona szczelnie z zabudową ścian | TAK/NIE |  |
| 54 | Ściany boczne i sufit pokryte tworzywem sztucznym - łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące | TAK/NIE |  |
| 55 | Ściany boczne wzmocnione, przystosowane do zamocowania sprzętu medycznego | TAK/NIE |  |
| 56 | Ściany boczne i sufit w kolorze białym | TAK/NIE |  |
| 57 | Lewa ściana przedziału medycznego zabudowana zestawem szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego w tym szafka podsufitowa, szafką na butle i materac próżniowy z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną.Szafki zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów. | TAK/NIE | Zabudowa do uzgodnieniu przed podpisaniem umowy\*\*: |
| 58 | W pobliżu blatu roboczego zamocowany dozownik środka bakteriobójczego | TAK/NIE |  |
| 59 | Sufitowe uchwyty do kroplówek dla min. 2 szt. pojemników | TAK/NIE |  |
| 60 | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego zapewniający możliwość pracy w pozycji stojącej podczas jazdy. | TAK/NIE |  |
| 61 | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu zapewniające możliwość pracy w pozycji stojącej oraz ułatwiające wsiadanie | TAK/NIE |  |
| 62 | Szyna typu Modura dł. min. 80 cm | TAK/NIE |  |
| 63 | Centralna instalacja tlenowa z min. 2 punktami poboru typu aga – gniazda o budowie monoblokowej panelowej, min. 1 przepływomierz obrotowy o przepływie od 0 do 25 litrów/min., 1 szt. butli tlenowych o pojemności 10 litrów z reduktorami (wykonawca posiada deklaracje zgodności CE na elementy instalacji tlenowej: punkty poboru gazu, przepływomierz, reduktor) | TAK/NIE |  |
| 64 | Centralna instalacja próżniowa z min. 1 pkt. ssącym wyposażona w słój na wydzielinę o pojemności min. 1l. Słój zakończony przewodem ssącym o dł. 1.5 m, zakończonym łącznikiem do cewników lub z uchwytem ściennym i kompletem przewodów (wykonawca posiada deklaracje zgodności CE na elementy instalacji próżniowej) | TAK/NIE |  |
| 65 | Podłoga wzmocniona umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne | TAK/NIE |  |
| 66 | Laweta pod nosze główne: z płynnym przesuwem bocznym do osi pojazdu i możliwością łatwego załadunku noszy na transporterze oraz z funkcja przechyłu do pozycji Trendelenburga i antyTrendelenburga funkcje sterowane elektronicznie min. 10º, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzenie noszy wraz ze schowkiem na deskę ortopedyczną | TAK/NIE |  |
| 67 | Ogrzewacz płynów infuzyjnych z termostatem z możliwością płynnej regulacji temperatury | TAK/NIE |  |
| 68 | Zintegrowane urządzenie pozwalające na odczyt: temperatury zewnętrznej i wewnętrznej, temperatury ogrzewacza płynów infuzyjnych, aktualnego czasu i daty, poziomu naładowania obydwu akumulatorów z panelu wyposażonego w ciekłokrystaliczny wyświetlacz | TAK/NIE |  |
| 69 | Dwa urządzenia do wybijania szyb zintegrowane z nożem do cięcia pasów, po jednym w przedziale kierowcy i przedziale medycznym | TAK/NIE |  |
| 70 | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym | TAK/NIE |  |
| 71 | Urządzenia oraz elementy wyposażenia Zabezpieczenieprzed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia; | TAK/NIE |  |
| 72 | Stopień tylny stanowiący zderzak ochronny, umożliwiający postawienie całej stopy, antypoślizgowy | TAK/NIE |  |
| 73 | Stopień boczny fabryczny wewnętrzny lub automatycznie wysuwany przy otwieraniu drzwi suwanych z możliwością niezależnego wyłączania mechanizmu sterowania  | TAK/NIE |  |
| 74 | Dywaniki gumowe w przedziale kierowcy | TAK/NIE |  |
| 75 | Trójkąt ostrzegawczy posiadający homologację europejską. | TAK/NIE |  |
| 76 | Apteczka spełniająca normę DIN (13164 lub 13157) w przedziale kierowcy | TAK/NIE |  |
| 77 | Gaśnica proszkowa o masie środka gaśniczego min. 1 kg posiadająca certyfikat CNBOP. | TAK/NIE |  |
| 78 | Dodatkowy komplet (4 szt.) opon zimowych z felgami oraz czujnikami ciśnienia TPMS (jeśli takie rozwiązanie zostało zastosowane w pojeździe i w takie czujniki wyposażone są koła znajdujące się na pojeździe), wraz z dodatkowym kpl. śrub, w przypadku gdy do montażu kół letnich używany jest inny rodzaj. | TAK/NIE | *Podać rodzaj felg oraz jakie rozwiązanie zostało zastosowane w pojeździe w zakresie TPMS \*\** |
| 79 | Pełnowymiarowe koło zapasowe równoważne kołom dostarczonym wraz z pojazdem, pozwalające na kontynuacje jazdy pojazdem, zamontowane fabrycznie w sposób nie ograniczający pojemności bagażnika. Zamawiający nie dopuszcza zestawu naprawczego. | TAK/NIE |  |
| 80 | Wszystkie opony w chwili odbioru muszą być nowe i homologowane, nie mogą być starsze niż 12 miesięcy (Zamawiający nie dopuszcza opon bieżnikowanych). | TAK/NIE |  |
| 81 | Kpl. kołpaków kół jezdnych z oferty producenta w przypadku, gdy co najmniej jeden z dostarczonych zestawów kół będzie na felgach stalowych, w przypadku gdy wszystkie zestawy kół będą na felgach stalowych i będą w różnych rozmiarach obręczy – wymagany jest komplet kołpaków dla każdego zestawu. | TAK/NIE |  |
| 82 | Klucz do odkręcania śrub kół zimowych i letnich, podnośnik samochodowy dostosowany do masy pojazdu. | TAK/NIE |  |
| 83 | Światła przeciwmgielne przód. | TAK/NIE |  |
| 84 | Mocowanie do defibrylatora model - LIFEPAK 15 | TAK/NIE |  |
| 85 | Mocowanie do respiratora model - CAREVENT MRI 7000 | TAK/NIE |  |
| **WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| **I** | **NOSZE Z TRANSPORTEREM I MOCOWANIEM DO LAWETY** |
| **NOSZE** | podać producenta i model\*\*: |
| 86 | przystosowane do prowadzenia reanimacji – twarde podłoże | TAK/NIE |  |
| 87 | płynna regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min.75° | TAK/NIE |  |
| 88 | komplet pasów zabezpieczających – pasy poprzeczne i szelkowe | TAK/NIE |  |
| 89 | teleskopowy statyw do kroplówki | TAK/NIE |  |
| 90 | składane oparcie boczne | TAK/NIE |  |
| 91 | uchylny stabilizator głowy | TAK/NIE |  |
| 92 | możliwość uniesienia nóg do pozycji p/wstrząsowej | TAK/NIE |  |
| 93 | materac nieprzemakalny, odporny na mycie i dezynfekcję | TAK/NIE |  |
| 94 | wszystkie powierzchnie metalowe kryte antybakteryjnie i antykorozyjnie dodatkowym zabezpieczeniem | TAK/NIE |  |
| **TRANSPORTER** | podać producenta i model\*\*: |
| 95 | możliwość prowadzenia noszy bokiem przez jedną osobę z dowolnej strony na obwodzie | TAK/NIE |  |
| 96 | wszystkie powierzchnie metalowe kryte antybakteryjnie i antykorozyjnie dodatkowym zabezpieczeniem | TAK/NIE |  |
| 97 | możliwość ustawienia transportera w pozycji p/wstrząsowej | TAK/NIE |  |
| 98 | 4 kółka obrotowe w zakresie 360° z możliwością blokowania 2 kółek do pozycji stałej | TAK/NIE |  |
| 99 | hamulce na min. 2 kółkach | TAK/NIE |  |
| 100 | podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym złożeniem podwozia transportera | TAK/NIE |  |
| 101 | udźwig 225 kg +/- 5 kg | TAK/NIE |  |
| 102 | system bezpiecznej obsługi tj. niezależnego składania się goleni przednich i tylnych w momencie wprowadzania i wyprowadzania noszy z ambulansu | TAK/NIE |  |
| **MOCOWANIE DO LAWETY** | podać producenta i model\*\*: |
| 103 | wykonane ze stali nierdzewnej, łatwej w czyszczeniu i dezynfekcji | TAK/NIE |  |
| 104 | zatrzaskowy zamek główny | TAK/NIE |  |
| 105 | dodatkowa grawitacyjna blokada bezpieczeństwa uniemożliwiająca przypadkowe wypięcie się zestawu w przypadku przewrócenia się karetki | TAK/NIE |  |
| ~~106~~ | ~~deklaracja zgodności CE~~ ~~Certyfikat niezależnej jednostki notyfikacyjnej potwierdzający zgodność kompletu z normami PN EN 1789 i PN EN 1865~~ | ~~TAK/NIE~~ |  |
| Wymagania i kryteria dodatkowo punktowane, których spełnienie nie jest obligatoryjne |
| 1 | **Warunki graniczne.** Wymagane minimalne okresy gwarancji liczone od daty przekazania pojazdy:1. a) 24 m gwarancja cało-pojazdowa (na silnik, zespoły i podzespoły mechaniczne, elektryczne i elektroniczne),
2. b) 36 m na powłoki lakiernicze,
3. c) 48 m na perforację nadwozia,
4. d) 24 m gwarancji na elementy medyczne /zabudowę medyczną/ sprzęt
 | TAK/NIE | *Podać w miesiącach oferowane okresy gwarancyjne:*a)………………….. *(gwarancja cało-pojazdowa).* b)………………….. c)………………….. d)………………….. *(gwarancja na* elementy medyczne /zabudowę medyczną/ sprzęt*) (Kryterium dodatkowo punktowane)*  |
| 1 | Automatyczna lub zautomatyzowana skrzynia biegów | **POSIADA / NIE POSIADA \*** *Kryterium dodatkowo punktowane)* |
| 2 | Elektrycznie sterowana laweta do mocowania noszy. | **TAK / NIE\*** *Kryterium dodatkowo punktowane)* |
| 3 | Akumulatory o łącznej pojemności powyżej 150 Ah. | **TAK / NIE\*** *Kryterium dodatkowo punktowane)* |

**\* Wykonawca zobowiązany jest wypełnić kolumnę C poprzez wpisanie odpowiedniej opcji.**

**\*\* Wykonawca zobowiązany jest wypełnić kolumnę D w zaznaczonych polach, zgodnie
z zamieszczonymi w nich opisach.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 roku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Podpis i pieczątka osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania Wykonawcy)*