**Załącznik nr 2**

Zadanie nr 1. **Ambulans Transportowy wg PN-EN 1789.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARAMETRY**  |  | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| **1. NADWOZIE** | **TAK** |  |
| Ambulans transportowy na bazie samochodów równoważnych z Renault Trafic, lub Mercedes-Benz Vito  | **TAK** |  |
| typu „furgon” z izolacją termiczną i akustyczną ścian, częściowo przeszklony z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu, | **TAK** |  |
| przystosowany do przewozu min. 4 osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej + 1 osoba w pozycji leżącej na noszach,  | **TAK** |  |
| kabina kierowcy dwumiejscowa, |  |  |
| drzwi tylne przeszklone, otwierane na boki o min.180 stopni, | **TAK** |  |
| drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z szybą,  | **TAK** |  |
| immobilizer, | **TAK** |  |
| poduszka powietrzna kierowcy i pasażera, | **TAK** |  |
| elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne, | **TAK** |  |
| powłoka lakiernicza w kolorze białym lub żółtym, | **TAK** |  |
| elektrycznie sterowane szyby w kabinie kierowcy, | **TAK** |  |
| światła przeciwmgielne przednie i tylne, | **TAK** |  |
| fotel kierowcy regulowany w min. 3 płaszczyznach,  | **TAK** |  |
| fabryczny zbiornik paliwa min. 80l pozwalający na duży zasięg ambulansu. | **TAK** |  |
| **2. SILNIK** | **TAK** |  |
| z zapłonem samoczynnym, turbodoładowany, posiadający układ wtrysku bezpośredniego paliwa | **TAK** |  |
| moc silnika min. 103 kW, | **TAK** |  |
| moment obrotowy min. 320 Nm. | **TAK** |  |
| **3. ZAWIESZENIE** | **TAK** |  |
|  zawieszenie ze stabilizatorem minimum osi przedniej,  | **TAK** |  |
| obręcze kół stalowe 16” opony firmy z UE | **TAK** |  |
| **4. NAPĘD** | **TAK** |  |
|  Manualna skrzynia biegów 5 lub 6 biegów w przód i bieg wsteczny, | **TAK** |  |
|  napęd na koła przednie, | **TAK** |  |
| ESP system stabilizacji toru jazdy. | **TAK** |  |
| **5. UKŁAD HAMULCOWY** | **TAK** |  |
| ze wspomaganiem, | **TAK** |  |
| hamulce tarczowe kół przedniej i tylnej osi, | **TAK** |  |
| ABS system zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania. | **TAK** |  |
| **6. UKŁAD KIEROWNICZY** | **TAK** |  |
|  ze wspomaganiem. | **TAK** |  |
| **7. OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | **TAK** |  |
| ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik z dodatkową nagrzewnicą w przedziale medycznym z możliwością ustawienia temperatury termostatem oraz zaworem odcinającym obieg cieczy, | **TAK** |  |
| wentylacja nawiewno- wywiewna zapewniająca wymianę powietrza minimum 50 razy na godzinę(podać markę, model),  | **TAK** |  |
| dodatkowy niezależny od pracy oraz układu chłodzenia silnika system dogrzewania powietrznego przedziału medycznego o mocy min.3,5 kW - ogrzewanie z możliwością ustawienia temperatury i termostatem (podać markę, model ), | **TAK** |  |
| klimatyzacja dwuparownikowa z niezależną regulacją temperatury i siły nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. | **TAK** |  |
| **8. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | **TAK** |  |
| alternator zapewniający ładowanie zespołu 2 akumulatorów o prądzie maksymalnym co najmniej 130A, | **TAK** |  |
| dodatkowy akumulator z automatyczną ładowarką akumulatorową wraz z separatorem obu akumulatorów , który uniemożliwia rozładowanie się akumulatora pojazdu bazowego, | **TAK** |  |
| instalacja elektryczna 230 V (min 3gniazda) umożliwiająca ładowanie i pracę urządzeń zamontowanych w ambulansie, | **TAK** |  |
| układ zasilania zewnętrznego 230V z zabezpieczeniem uniemożliwiającym rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym i z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym, | **TAK** |  |
| min 2 gniazda poboru energii elektrycznej o napięciu 12V w przedziale medycznym do podłączenia urządzeń medycznych. | **TAK** |  |
| **9. OZNAKOWANIE POJAZDU** | **TAK** |  |
| zespolone urządzenie sygnalizacyjno – nagłaśniające - belka świetlna koloru niebieskiego z lampami wyładowczymi, belka zamontowana w przedniej części pojazdu z możliwością nadania komunikatu głosem,  | **TAK** |  |
| 2 niebieskie lampy pulsacyjne typu LED na wysokości pasa przedniego,  | **TAK** |  |
| lampa niebieska typu stroboskopowego zamontowana w tylnej części dachu, | **TAK** |  |
| światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu, | **TAK** |  |
| oznakowanie ambulansu zgodnie z wymogami przepisów o ruchu drogowym, pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości podziału nadwozia, pas barwy czerwonej pod niebieskim, napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu oraz logo zamawiającego na drzwiach kierowcy i pasażera. | **TAK** |  |
| **10. OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | **TAK** |  |
| światło rozproszone typu jarzeniowego umieszczone w górnej części przedziału medycznego (min 3 punkty świetlne) zapewniające prawidłowe oświetlenie przedziału medycznego, | **TAK** |  |
| min 1 halogenowy punkt świetlny nad noszami w suficie , umożliwiający bezpieczną obsługę pacjenta. | **TAK** |  |
| **11. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY i JEGO WYPOSAŻENIE** | **TAK** |  |
| wysokość przedziału medycznego min. 1,40 m, | **TAK** |  |
| długość przedziału medycznego min. 2,60 m, | **TAK** |  |
| szerokość przedziału medycznego min. 1,62 m, | **TAK** |  |
| kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą stałą z systemem szafek oraz przesuwnym oknem umożliwiającym komunikację,  | **TAK** |  |
| szyby przedziału medycznego zmatowionego 2/3 wysokości, | **TAK** |  |
| na przegrodzie fotel z podnoszonym siedziskiem do pionu do przewozu 1 osoby w pozycji siedzącej ; na prawej ścianie miejsce siedzące (fotele) dla min. 1 osoby (fotel obrotowy z regulowanym kątem oparcia pod plecami oraz z podnoszonym siedziskiem do pionu); wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa,  | **TAK** |   |
| na ścianie bocznej zestaw szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, zapewniający możliwość montażu butli tlenowej i innego sprzętu, | **TAK** |  |
| ściany boczne i sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, | **TAK** |  |
| podłoga:- warstwowa o powierzchni antypoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudowa ścian;- wzmocniona, umożliwiająca mocowanie noszy głównych, | **TAK** |  |
| sufitowe uchwyty do pojemników z płynami infuzyjnymi (min 2 szt.), | **TAK** |  |
| zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia, | **TAK** |  |
| centralna instalacja tlenowa z min 1 punktem poboru typu AGA – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej, 1 szt. butli tlenowej 10l z reduktorem o konstrukcji umożliwiającej montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy. Manometr reduktora zabezpieczony przed uszkodzeniami mechanicznymi, | **TAK** |  |
| miejsce na mocowanie krzesełka kardiologicznego, | **TAK** |  |
| podstawa pod nosze ze schowkiem na deskę ortopedyczną, | **TAK** |  |
| miejsce mocowania respiratora, defibrylatora i pompy infuzyjnej umożliwiające korzystanie z nich w czasie jazdy, | **TAK** |  |
| przedział medyczny ma być wyposażony w panel sterujący:* + informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
	+ z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)
	+ sterujący oświetleniem przedziału medycznego
	+ sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego
	+ zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury.
 | **TAK** |  |
| **12. ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | **TAK** |  |
| kabina kierowcy z zainstalowanym radiotelefonem przewoźnym Motorola GM 360 z anteną na dachu. | **TAK** |  |
| **13. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | **TAK** |  |
| koła dodatkowe 16”, obręcze stalowe, opony zimowe firmy z UE | **TAK** |  |
| urządzenie do wybijania szyb, | **TAK** |  |
| dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, | **TAK** |  |
| kosz na śmieci, | **TAK** |  |
| nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa. | **TAK** |  |
| **14.NOSZE MONOBLOKOWE** | **TAK** |  |
| Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem, | **TAK** |  |
| przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym, | **TAK** |  |
| możliwość uniesienia oparcia nóg do pozycji przeciwwstrząsowej |  |  |
| z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami powyżej 0-900  | **TAK** |  |
| 4 duże gumowane koła o średnicy 20 cm, skrętne w zakresie 3600, hamulce na dwóch kołach, komplet opon zimowych i letnich, | **TAK** |  |
| z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy, | **TAK** |  |
| z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej – podać markę i model załączyć folder wraz z opisem oraz potwierdzenie producenta o kompatybilności z zaoferowanymi noszami transportowymi, | **TAK** |  |
| nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą,  | **TAK** |  |
| uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. Dodatkowy zestaw rączek bocznych służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze.(ciężar jednostkowy przenoszony przez jedna osobę musi być zgodny z Kodeksem Pracy oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.03.2000 r. w sprawie bhp przy pracach ręcznych transportowych), | **TAK** |  |
| możliwość mycia i dezynfekcji, | **TAK** |  |
| nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi, | **TAK** |  |
| z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu , przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, | **TAK** |  |
| obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg). | **TAK** |  |
| **215. GWARANCJA** |  |  |
| na pojazd bazowy min. 24 miesiące bez limitu kilometrów,na lakier min. 36 miesięcy,na perforację nadwozia min. 120 miesięcy,na przedział medyczny min. 24 miesiące. | **TAK** |  |
| Załączyć homologację na pojazd skompletowany. 1. Książkę gwarancyjną,
2. Instrukcję obsługi (w języku polskim),
3. Kartę pojazdu,
4. Książkę przeglądów okresowych.
 | **TAK** |  |
|  |  |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

1. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): ……………………………………………..

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………….

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 2.** **Wirówka laboratoryjna.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wymagane parametry** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Bezobsługowy silnik indukcyjny | TAK |  |
| 2. | Mikroprocesorowy układ programowania parametrów: prędkości obrotowej i czasu, zapewniający powtarzalność wyników badań  | TAK  |  |
| 3. | Wyświetlacz LCD aktualnych parametrów: prędkości, przyspieszenia i czasu | TAK  |  |
| 4. | Optymalizacja czasu rozpędzania i hamowania  | TAK |  |
| 5. | Szeroka gama wymiennych wirników i wyposażenia dodatkowego | TAK |  |
| 6. | Wirowanie w trybie „short” | TAK  |  |
| 7. | Zabezpieczenie przed niewyważeniem, otwarciem pokrywy podczas wirowania oraz przed uruchomieniem wirówki przy otwartej pokrywie  | TAK |  |
| 8. | Zasilanie: 230 V, 50 | TAK |  |
| 9. | Moc pobierana: 120 W | TAK |  |
| 10. | Maksymalna pojemność: 500 ml | TAK |  |
| 11. | Wirnik horyzontalny na 16 próbówek o pojemności 7ml. | TAK |  |
| 12. | Zakres obrotów: 300 ÷ 4000 min -1 | TAK  |  |
| 13. | Czas wirowania: 0-99 min | TAK |  |
| 14. | Certyfikaty: CE, zgodność z międzynarodowymi warunkami bezpieczeństwa EN- 61010-1 i EN-61010-2-020 | TAK  |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 16. | Gwarancja minimum 24 m- cy. | TAK  |  |
| 17. | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt. | TAK |  |
| 18. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych. | TAK  |  |
| 19. | Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK |  |
| 20. | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany. | TAK |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

1. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): ……………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: …………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy