

## 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 |
|--|------------|---------------------|
| <b>1. NADWOZIE</b>   |            |                     |
| Ambulans transportowy typu A1  | <b>TAK</b> |                     |
| typu „furgon” z izolacją termiczną i akustyczną ścian, częściowo przeszklony z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu,   | <b>TAK</b> |                     |
| przystosowany do przewozu min. 4 osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej + 1 osoba w pozycji leżącej na noszach,   | <b>TAK</b> |                     |
| kabina kierowcy kierowca + dwóch pasażerów   |            |                     |
| drzwi tylne przeszklone, otwierane na boki o min.180 stopni,   | <b>TAK</b> |                     |
| drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z szybą,   | <b>TAK</b> |                     |
| immobilizer,   | <b>TAK</b> |                     |
| poduszka powietrzna kierowcy i pasażera,   | <b>TAK</b> |                     |
| elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne,  | <b>TAK</b> |                     |
| powłoka lakiernicza w kolorze białym lub żółtym,   | <b>TAK</b> |                     |
| elektrycznie sterowane szyby w kabinie kierowcy,   | <b>TAK</b> |                     |
| światła przeciwmgielne przednie i tylne,   | <b>TAK</b> |                     |
| fotel kierowcy regulowany w min. 3 płaszczyznach,  | <b>TAK</b> |                     |
| fabryczny zbiornik paliwa min. 80l pozwalający na duży zasięg ambulansu.   | <b>TAK</b> |                     |
| <b>2. SILNIK</b>   |            |                     |
| z zapłonem samoczynnym, turbodoładowany, posiadający układ wtrysku bezpośredniego paliwa   | <b>TAK</b> |                     |
| moc silnika min. 102 kW,   | <b>TAK</b> |                     |
| moment obrotowy min. 250 Nm.   | <b>TAK</b> |                     |
| <b>3. ZAWIESZENIE</b>  | <b>TAK</b> |                     |
| zawieszenie ze stabilizatorem osi przedniej oraz tylnej  | <b>TAK</b> |                     |
| obrace kół stalowe 16” opony firmy z UE  | <b>TAK</b> |                     |
| <b>4. NAPĘD</b>  |            |                     |
| Manualna skrzynia biegów 5 lub 6 biegów w przód i bieg wsteczny,   | <b>TAK</b> |                     |
| napęd na koła przednie,  | <b>TAK</b> |                     |
| Pojazd wyposażony w systemy bezpieczeństwa<br>ESP - elektroniczny system stabilizacji toru jazdy z asystentem hamowania<br>ASR - system zapobiegający utracie przyczepności kół podczas przyspieszania<br>MSR- system zapobiegający poślizgowi kół napędzanych podczas hamowania silnikiem | <b>TAK</b> |                     |
| <b>5. UKŁAD HAMULCOWY</b>  |            |                     |
| ze wspomaganiami,  | <b>TAK</b> |                     |
| hamulce tarczowe kół przedniej i tylnej osi,   | <b>TAK</b> |                     |
| ABS system zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania.   | <b>TAK</b> |                     |
| <b>6. UKŁAD KIEROWNICZY</b>  |            |                     |
| ze wspomaganiami z regulacją w dwóch płaszczyznach   | <b>TAK</b> |                     |
| <b>7. OGRZEWANIE I WENTYLACJA</b>  |            |                     |
| ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik z dodatkową nagrzewnicą w przedziale medycznym z możliwością ustawienia temperatury   | <b>TAK</b> |                     |

|   |            |  |
|---|------------|--|
| termostatem oraz zaworem odcinającym obieg cieczy,  |            |  |
| wentylacja nawiewno- wywiewna zapewniająca wymianę powietrza minimum 50 razy na godzinę(podać markę, model),  | <b>TAK</b> |  |
| dodatkowy niezależny od pracy oraz układu chłodzenia silnika system dogrzewania powietrznego przedziału medycznego o mocy min.2 kW - ogrzewanie z możliwością ustawienia temperatury i termostatem (podać markę, model ),   | <b>TAK</b> |  |
| klimatyzacja dwuparownikowa z niezależną regulacją temperatury i siły nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego.  | <b>TAK</b> |  |
| <b>8. INSTALACJA ELEKTRYCZNA</b>  |            |  |
| alternator zapewniający ładowanie zespołu 2 akumulatorów o prądzie maksymalnym co najmniej 130A,  | <b>TAK</b> |  |
| dodatkowy akumulator z automatyczną ładowarką akumulatorową wraz z separatorem obu akumulatorów , który uniemożliwia rozładowanie się akumulatora pojazdu bazowego,   | <b>TAK</b> |  |
| instalacja elektryczna 230 V (min 3gniazda) umożliwiająca ładowanie i pracę urządzeń zamontowanych w ambulansie,  | <b>TAK</b> |  |
| układ zasilania zewnętrznego 230V z zabezpieczeniem uniemożliwiającym rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym i z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym,   | <b>TAK</b> |  |
| min 2 gniazda poboru energii elektrycznej o napięciu 12V w przedziale medycznym do podłączenia urządzeń medycznych.   | <b>TAK</b> |  |
| <b>9. OZNAKOWANIE POJAZDU</b>   |            |  |
| zespólone urządzenie sygnalizacyjno – nagłaśniające - belka świetlna koloru niebieskiego z lampami wyładowczymi, belka zamontowana w przedniej części pojazdu z możliwością nadania komunikatu głosem,  | <b>TAK</b> |  |
| 2 niebieskie lampy pulsacyjne typu LED na wysokości pasa przedniego,  | <b>TAK</b> |  |
| lampa niebieska typu stroboskopowego zamontowana w tylnej części dachu,   | <b>TAK</b> |  |
| światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu,  | <b>TAK</b> |  |
| oznakowanie ambulansu zgodnie z wymogami przepisów o ruchu drogowym, pas odbłaskowy 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.  | <b>TAK</b> |  |
| <b>10. OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO</b>  |            |  |
| światło rozproszone typu jarzeniowego umieszczone w górnej części przedziału medycznego (min 3 punkty świetlne) zapewniające prawidłowe oświetlenie przedziału medycznego,  | <b>TAK</b> |  |
| min 1 halogenowy punkt świetlny nad noszami w suficie , umożliwiający bezpieczną obsługę pacjenta.  | <b>TAK</b> |  |
| <b>11. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE</b>  |            |  |
| wysokość przedziału medycznego min. 1,40 m,   | <b>TAK</b> |  |
| długość przedziału medycznego min. 2,80 m,  | <b>TAK</b> |  |
| szerokość przedziału medycznego min. 1,62 m,  | <b>TAK</b> |  |
| kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą stałą z systemem szafek oraz przesuwным oknem umożliwiającym komunikację,   | <b>TAK</b> |  |
| szyby przedziału medycznego zmatowionego 2/3 wysokości,   | <b>TAK</b> |  |
| 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, | <b>TAK</b> |  |
| 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,   | <b>TAK</b> |  |

|   |            |  |
|---|------------|--|
| ściany boczne i sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne,  | <b>TAK</b> |  |
| podłoga:<br>- warstwowa o powierzchni antypoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudowa ścian;<br>- wzmocniona, umożliwiająca mocowanie noszy głównych,   | <b>TAK</b> |  |
| sufitowe uchwyty do pojemników z płynami infuzyjnymi (min 2 szt.),  | <b>TAK</b> |  |
| zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia,  | <b>TAK</b> |  |
| 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,  | <b>TAK</b> |  |
| miejsce na mocowanie krzeselka kardiologicznego,  | <b>TAK</b> |  |
| podstawa pod nosze ze schowkiem na deskę ortopedyczną,  | <b>TAK</b> |  |
| miejsce mocowania respiratora, defibrylatora i pompy infuzyjnej umożliwiające korzystanie z nich w czasie jazdy,  | <b>TAK</b> |  |
| przedział medyczny ma być wyposażony w panel sterujący:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>➤ informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu</li> <li>➤ z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)</li> <li>➤ sterujący oświetleniem przedziału medycznego</li> <li>➤ sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego</li> <li>➤ zarządzający systemem ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury.</li> </ul>   | <b>TAK</b> |  |
| <b>12. ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA</b>   |            |  |
| kabina kierowcy z zainstalowanym radiotelefonem przewoźnym Motorola GM 360 z anteną na dachu.   | <b>TAK</b> |  |
| <b>13. WYPOSAŻENIE POJAZDU</b>  |            |  |
| koła dodatkowe 16", obręcze stalowe, opony zimowe firmy z UE  | <b>TAK</b> |  |
| urządzenie do wybijania szyb,   | <b>TAK</b> |  |
| dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym,   | <b>TAK</b> |  |
| kosz na śmieci,   | <b>TAK</b> |  |
| nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa.   | <b>TAK</b> |  |
| <b>14. NOSZE MONOBLOKOWE</b>  | <b>TAK</b> |  |
| Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem,  | <b>TAK</b> |  |
| - Zabezpieczone przed korozją, poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału, lub poprzez<br><br>zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi,<br><br>- Posiadające funkcje skrócenia ramy, umożliwiające transport w ciasnych i krótkich pomieszczeniach,<br><br>- Posiadające cztery koła gumowe o średnicy min. 20 cm, skrętne w zakresie 360° z funkcją zablokowania,<br><br>- hamulce na minimum dwóch kołach,<br><br>- Pozwalające na udźwig minimum 200 kg,<br><br>- Gwarantujące możliwość uniesienia oparcia plecami w zakresie min. o 90°,<br><br>- Gwarantujące możliwość uniesienia łoża noszy, pod nogami, do pozycji przeciwwstrząsowej, |            |  |

|  |            |  |
|--|------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gwarantujące możliwość ustawienia noszy na wysokości pośredniej ułatwiającej transport pacjenta z łóżka na nosze,</li> <li>- Wyposażone w opuszczane poręcze boczne,</li> <li>- Wyposażone w niezależny system składania goleni przednich i tylnych podczas wprowadzania i wyprowadzania noszy do i z ambulansu,</li> <li>- Posiadające skuteczne zabezpieczenie przed przypadkowym odblokowaniem dźwigni złożenia goleni – opisać,</li> <li>- Wyposażone w minimum 3 pasy pacjenta, w tym jedno szelkowe, zapewniające dodatkowe zabezpieczenia pacjenta w transporcie,</li> <li>- Komplet: nosze wraz z mocowaniem ma spełniać wymogi normy PN EN 1789 w zakresie bezpiecznego mocowania w ambulansie - załączyć atest,</li> <li>- Deklaracje zgodności CE i foldery – załączyć,</li> </ul> |            |  |
| <b>15. GWARANCJA</b>   |            |  |
| na pojazd bazowy min. 24 miesiące bez limitu kilometrów,<br>na lakier min. 36 miesięcy,<br>na perforację nadwozia min. 120 miesięcy,<br>na przedział medyczny min. 24 miesiące.  | <b>TAK</b> |  |
| Załączyć do oferty homologację na pojazd skompletowany.<br>Przy dostawie uzupełnić o:<br>1) Książkę gwarancyjną,<br>2) Instrukcję obsługi (w języku polskim),<br>3) Kartę pojazdu,<br>4) Książkę przeglądów okresowych.  | <b>TAK</b> |  |

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.
2. 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: .....

.....  
Pieczeń i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy