# OFERTA

Nazwa (firma) Wykonawcy........................................................................................................................

Adres Wykonawcy ……………………………………………………………................................................

NIP:…………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu.................................................................................................................................................

e-mail ……………………………………………………………………………………………………………….

W związku z ogłoszonym przez Powiat Łowicki przetargiem nieograniczonym, którego przedmiotem jest: **„Zakup ambulansu specjalistycznego wraz z wyposażeniem dla SP ZOZ w Łowiczu”** składam ofertę przetargową o następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym specyfikacją istotnych warunków zamówienia w następujący sposób:

1.1Cena ofertowa brutto...................................................................................................................zł

słownie: ..................................................................................................................................złotych

w tym podatek VAT ...........\*\*\* tj ............................................................................................zł \* \*

…………………………………………………………………………………………………………….

słownie ....................................................................................................................................złotych

1.2 Cena ofertowa netto.................................................................................................................zł

Słownie ................................................................................................................................. złotych.

Cenę brutto oferty określono przyjmując następujące stawki i wartości podatku VAT:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p.(I) | Asortyment(II) | Ilość | Cena netto(III) | Stawka podatku VAT(IV) | Wartość podatku VAT(III) x (IV)(V) | Cena brutto(III)+(V)(VI) |
| 1 | Ambulans typu C | 1 szt.  |  | 23% |  |  |
| 2 | Wyposażenie medyczne dla ambulansu | 1 kpl. |  | 8% |  |  |
|   **Razem** | …………….(suma wartości ) |  | …………….(suma wartości) | …………….(suma wartości) |

**marka: ………………………………….……..**

**model: ………………………………………..**

**moc silnika: ………………………………………..**

**rok produkcji: ……………………..…………………**

1. Zobowiązuję wykonać zamówienie w terminie 30 dni od zawarcia umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, nie wnoszę
do niej zastrzeżeń oraz uzyskałem informacje niezbędne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez cały czas wskazany
w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (30 dni).
4. Oświadczam, że akceptuję warunki umowy określone w załączniku do specyfikacji istotnych warunków zamówienia i jeśli moja oferta zostanie wybrana, zobowiązuję się do zawarcia umowy
w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oferta została złożona na ..... stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych
od nr 1 do nr ..... .
6. Oświadczam, że informacje składające się na ofertę, zawarte
na stronach .......... stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy
o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępnione innym uczestnikom niniejszego postępowania.
7. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
8. Akceptuję 30-dniowy termin płatności faktury wystawionej po dokonaniu odbioru
przedmiotu zamówienia.
9. Oświadczam, że Wykonawca jest/nie jest\*\*\* małym lub średnim przedsiębiorcą.
10. Osoby do kontaktów z Zamawiającym:

 ..................................................... tel. kontaktowy…………….., faks: …………...……………………

13. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:

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

14. Podwykonawcom zamierzam powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:…………………………………………………………………………………………………..

1. Dane proponowanych podwykonawców (jeżeli są znane)
2. …………………………………………………………………………………….………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………………………………………….
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Załącznika nr 6 do SIWZ dotyczącego ochrony danych osobowych w niniejszym postępowaniu.
6. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
7. Oferuję **Zakup ambulansu specjalistycznego wraz z wyposażeniem** o następujących parametrach:

**Pojazd kompletny (bazowy)**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ………………………………………………..

Rok produkcji min. 2019 (podać):…………………………………………………

Nazwa i adres producenta pojazdu kompletnego: …………………………………

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny)**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ………………………………………………..

Rok produkcji min 2019 (podać): ………………………………………………....

Nazwa i adres producenta pojazdu skompletowanego:…………………………….

|  |
| --- |
| **Uwaga:**Parametry z wpisanymi przez Zamawiającego wartościami w kolumnie **„Parametry techniczne”** należy traktować jako minimalne. Oferty, które nie spełniają tych wymagań, zostaną odrzucone jako niezgodne ze SIWZ.Zarówno ambulans jak i wyposażenie ambulansu, ma być fabrycznie nowe.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **„Parametry techniczne” Samochód bazowy, zabudowa medyczna** | **warunek graniczny i****parametry oceniane****TAK/NIE** |  **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*\*\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1/** | **NADWOZIE** |  | ---------------------------------------- |
| 1. | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit, zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. | Tak/Nie\*. |  |
| Ściany i sufit wyłożone płytami z tworzywa sztucznego w kolorze białym jako element wymagany.Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi tłoczonymi profilami kolorze białym, w całości odzwierciedlającymi kształt nadwozia (osłaniającym wręgi, słupki, nadkola, max. 3 elementy tj. ściany oraz sufit, umożliwiające w ten sposób zminimalizowanie łączeń/ spoin silikonowych) jako ***element dodatkowo punktowany (fakultatywny)***Ściany, sufit oraz podłoga przedziału medycznego wyizolowane akustycznie oraz termicznie.  | Tak/Nie\*Tak- 10 pkt.Nie- 0 pkt |  |
| DMC do 3,5 t. | Tak/Nie\* |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Półki nad przednią szybą. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. | Tak/Nie\* |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy oraz pasażera z regulacją w 3 płaszczyznach, fotele z prawym oraz lewym podłokietnikiem. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, min. 1wnęka nad przednią szybą w standardzie 1 DIN przystosowana do montażu radiotelefonu. W kabinie kierowcy min. 4 gniazda 12V do zasilania urządzeń zewnętrznych. | Tak/Nie\* |  |
| Furgon - lakier w kolorze białym. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,15m. | Tak/Nie\* |  |
|  | - ***Parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny)*** po spełnieniu określonego minimum. | Tak/Nie\*(podać parametr oferowany)Powyżej 3,15= 10 pkt. |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70m. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego z możliwością przejścia (izolowana termicznie oraz akustycznie), Rozwiązanie zgodne z PN EN 1789 + A2 2015. Dodatkowo zainstalowany interkom, umożliwiający komunikację pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu). | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi umożliwiający mocowanie:- 2 szt. butli tlenowych 10L z reduktorami,- krzesełka kardiologicznego (także z systemem płozowym),- noszy podbierakowych,- deski ortopedycznej dla dorosłych,- deski ortopedycznej dla dzieci,- materaca próżniowego,- kamizelki unieruchamiającej typu KED,- min.2 kasków ochronnych,- torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- systemów unieruchamiających głowę,- dodatkowy zamykany schowek z miejscem dla pasów do desek, krzesełka i noszy, - wyposażenia technicznego (łom, łopata)z systemem ich mocowania.  | Tak/Nie\* |  |
| Zewnętrzny schowek techniczny wyposażony dodatkowo w wysuwaną szufladę o pojemności min. 40 L. (podać rozmiary długość, szerokość, wysokość, pojemność) szuflada wyposażona w lodówę/ pojemnik reimplantacyjny, zasilany z instalacji 12V., min. pojemność 7l.Załączyć do oferty zdjęcie proponowanego rozwiązania**.** ***Parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*Tak- 5 pkt. Nie- 0 pkt. |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne. | Tak/Nie\* |  |
| Kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera jako ***Parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** |  Tak/Nie\*Tak- 5 pktNie- 0 pkt |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | Tak/Nie\* |  |
| 19. | Wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane ze zintegrowanymi kierunkowskazami LED. | Tak/Nie\* |  |
| 20. | Zestaw naprawczy do uszkodzonych opon. | Tak/Nie\* |  |
| 21. | Przednie reflektory przeciwmgielne z funkcją doświetlania zakrętów. | Tak/Nie\* |  |
| 22. | Zbiornik Adblue o pojemności min. 15l. | Tak/Nie\* |  |
| 23. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | Tak/Nie\* |  |
| 24. | Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus). | Tak/Nie\* |  |
| 25. | Radioodtwarzacz CD z głośnikami w kabinie kierowcy i p. medycznym.  | Tak/Nie\* |  |
| 26. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący (*panel nie dotykowy tzn.. nie typu touch screen)* z wbudowanym wyświetlaczem *min.* temperatury, daty oraz godziny, poziomu naładowania akumulatorów, miernikiem zużycia paliwa, panel sterujący min.następującymi funkcjami: | Tak/Nie\* |  |
| sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze), | Tak/Nie\* |  |
| sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika, | Tak/Nie\* |  |
| sterowanie oświetleniem przedziału medycznego, | Tak/Nie\* |  |
| sterowanie sygnalizacją uprzywilejowania (światła niebieskie oraz sygnały dźwiękowe), | Tak/Nie\* |  |
| sterowanie wentylacją przedziału medycznego. | Tak/Nie\* |  |
| **2/** | **SILNIK** |  | -------------------------------------------- |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Silnik o pojemności min. 1900 cm³. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Silnik o mocy min. 160 KM. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 360 Nm. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6. | Tak/Nie\* |  |
| **3/** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  | -------------------------------------------- |
| 1. | Skrzynia biegów manualna.  | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Napęd na koła przednie. | Tak/Nie\* |  |
| **4/** | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** |  | ---------------------------------------- |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Elektroniczny korektor siły hamowania. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny.***Parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*TAK= 5 pkt.NIE= 0 pkt. |  |
| 9. | Asystent ruszania pod górę. | Tak/Nie\* |  |
| **5/** | **ZAWIESZENIE** |  | ---------------------------------------- |
| 1. | Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta, zapewniające stabilność i manewrowość w trudnym terenie. | Tak/Nie\* |  |
| **6/** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  | -------------------------------------------- |
| 1. | Ze wspomaganiem. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Regulacja kolumny kierowniczej w 2 płaszczyznach tj. niezależnie przód –tył, góra- dół. | Tak/Nie\* |  |
| **7/** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |  | ------------------------------------------- |
| 1. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem,  o mocy min. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego zgodnie z PN EN 1789 + A2: 2015  | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 300 mm x 500 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | Tak/Nie\* |  |
| **8/** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  | ------------------------------------------- |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym.Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min. 220 A. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 V,b) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym, c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym,d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe,e) przewód zasilający min 10m. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | Tak/Nie\* |  |
| 7. |  Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych, | Tak/Nie\* |  |
| **9/** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |  | ------------------------------------------- |
| 1. | W przedniej części dachu sygnalizacja uprzywilejowania zintegrowana z nadwoziem wyposażona w światło niebieskie typu LED, podświetlany napis ambulans, dwa dodatkowe reflektory LED do oświetlenia przedpola lub w przedniej części dachu sygnalizacja niebieska uprzywilejowania, zintegrowana z nadwoziem wyposażona w światło niebieskie typu LED, bez podświetlanego napisu „AMBULANS” oraz bez dodatkowych lamp do oświetlenia przedpola. Zamawiający nie dopuszcza belki sygnalizacyjnej. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy min. 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | Tak/Nie\* |  |
| 2. | W tylnej części dachu sygnalizacja uprzywilejowania zintegrowana z nadwoziem, wyposażona w światło niebieskie typu LED, dwa dodatkowe reflektory LED do oświetlenia przedpola. Zamawiający nie dopuszcza belki sygnalizacyjnej.  | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Dodatkowe sygnały pneumatyczne sterowane z manipulatora jak również przełącznikiem uruchamianym stopą. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego.  | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Cztery reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu w tylnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, po dwa każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego, włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:**a/** 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r. wykonane z folii: - typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, - typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),**b/** nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;**c/** po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,**d/** na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta **e/** po obu stronach pojazdu w jego tylnej części godło powiatu łowickiego (szczegóły techniczne oraz wzór do ustalenia z dysponentem ). | Tak/Nie\* |  |
| **10/** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  | ---------------------------------------- |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej:1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne),2) oświetlenie punktowe, regulowane umieszczone w suficie nad noszami (min. 2 szt.),3) Oświetlenie punktowe, zamontowane nad blatem roboczym. | Tak/Nie\* |  |
| **11/** |  **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |  | ---------------------------------------- |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO - pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | Tak/Nie\* |  |
| 1. | **1/** Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę. - szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków, wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. 5 szuflad. Jedna z szuflad z przygotowaniem do montażu drukarki systemu SWDPRM. Rozwiązanie umożliwiające zabezpieczenie drukarki w trakcie dezynfekcji przedziału medycznego.- min. dwie szuflady z systemem umożliwiającym segregację przewożonego w nich wyposażenia,- wbudowany pojemnik na zużyte igły,- wysuwany kosz na odpady,- termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury, pojemność min. 15l.* miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,
* jeden fotel dla personelu medycznego u wezgłowia noszy, montowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, przesuwany wzdłuż osi pojazdu z możliwością zablokowania w wybranej pozycji. Przesuw bez konieczności użycia dodatkowych narzędzi, umożliwiający wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie, wyposażony w 3-punktowe, bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek, podłokietniki.
 | Tak/Nie\* |  |
| **2/** Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę. * min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,
* jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,
* uchwyt na butlą tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at,
* uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,
* przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego,
* przy drzwiach przesuwnych panel sterujący (*nie dotykowy tzn. nie typu touch screen*) z wbudowanym wyświetlaczem min. temperatury zewnętrznej oraz wewnętrznej, daty oraz godziny, trybu pracy ogrzewania ora klimatyzacji, umożliwiający:
* sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym),
* sterowanie oświetleniem punktowym,
* sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V,
* sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji, z funkcją osuszania powietrza (równoczesne sterowanie ogrzewaniem oraz parownikiem klimatyzacji),
* sterowanie interkomem,
* w budowana regulacja poziomu głośności z radioodbiornika zainstalowanego w kabinie kierowcy.
 | Tak/Nie\* |   |
| **3/** Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę. * min. pięć podsufitowych szafek z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,
* pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami­ 12V (min. 3 szt.),
* poniżej gniazd system paneli przesuwnych, składający się z min. 2 płyt, umożliwiających montaż defibrylatora oraz dowolnej pompy infuzyjnej. System umożliwiający przesuw sprzętu oraz blokadę w wybranej pozycji,
* na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,
* szafa z dwiema niezależnymi roletami. W części górnej pojemniki do uporządkowanego transportu i segregacji leków oraz innego wyposażenia medycznego , w części dolnej, za roletą miejsce na sak przenośny, miejsce na cewniki z podziałem na trzy grupy wiekowe ,torbę opatrunkową z dostępem także od strony schowka technicznego (podwójny dostęp, dodatkowy schowek z zamkiem szyfrowym (na leki narkotyczne),
* duży plaski panel informacyjny umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie.
* na lewej ścianie w przedziale medycznym systemem mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej. Rozwiązanie przebadane w teście dynamicznym,
* tylnej części ściany lewej szafka na wyposażenie medyczne, zamykana min. 1 roletąz min. 2 półkami,
* w zabudowie meblowej ściany lewej miejsce na szyny Kramera.
 | Tak/Nie\* |  |
|  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Centralna instalacja tlenowa:a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze) , b) sufitowy punkt poboru tlenu, c) mocowanie 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych, d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,e)konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony, f) na ścianie prawej obok fotela, wbudowany w ścianę dozownik tlenu, umożliwiający bezpośrednie podłączenie maseczki tlenowej lub kaniuli poprze gniazda sufitowe. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu.  | Tak/Nie\* |  |
| 6. | W podłodze ambulansu umieszczone dwie szyny umożliwiające szybki montaż oferowanej lawety pod nosze główne. Rozwiązanie winno umożliwiać wymianę podstawy (zamianę na podstawę o większej ładowności w celu transportu pacjenta bariatrycznego), bez konieczności użycia kanału lub podnośnika. ***parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny)*** | Tak/Nie\*TAK- 5 pkt.NIE- 0 pkt. |  |
| 7. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. Podłoga z dodatkową izolacją termiczno- akustyczną. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | Tak/Nie\* |  |
| **12/** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |  | ------------------------------------------- |
| 1. | Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu a także radiotelefon przewoźny kompatybilny z systemem łączności służb ratunkowych.W radiotelefon przewoźny analogowo-cyfrowy pracujący w zakresie częstotliwość VHF 136 - 174MHz, moc 1÷25W, min. 225 kanałowy, odstęp między kanałowy 12,5 kHz. W przedziale medycznym dodatkowy manipulator z głośnikiem współpracujący z radiotelefonem przewoźnym, umożliwiający prowadzenie korespondencji, zabezpieczony przed działaniem wody, wyposażony w wyłącznik. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu: | Tak/Nie\* |  |
| a) dostrojona na zakres częstotliwości 168.900 Mhz, | Tak/Nie\* |  |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm, | Tak/Nie\* |  |
| c) współczynnik fali stojącej ≤ 1,0, | Tak/Nie\* |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Kabina kierowcy przystosowana do montażu tabletu systemu SWDPRM, zamontowany uchwyt tabletu oraz stacja dokująca), wykonana instalacja elektryczna. W przedziale med. uchwyt na drukarkę. | Tak/Nie\* |  |
| **13/** | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** |  | ------------------------------------------- |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo - sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło LED. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Kamera biegu wstecznego oraz kamera w p. medycznym, wyświetlacz w lusterku wstecznym. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze musi posiadać zatankowany pełen bak paliwa.  | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Komplet dodatkowych kół zimowych, ambulans winien być dostarczony na oponach letnich | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Aktualna całopojazdową homologacja typu WE pojazdu skompletowanego (oferowanego ambulansu typu C) i podstawowego (samochodu ciężarowego), zgodną z ROZPORZĄDZENIE MINISTRA TRANSPORTU, BUDOWNICTWA I GOSPODARKI MORSKIEJ z dnia 25 marca 2013 r. w sprawie homologacji typu pojazdów samochodowych i przyczep oraz ich przedmiotów wyposażenia lub części oraz Dyrektywą 2007/46/WE. Numer świadectwa homologacji typu WE pojazdu podstawowego musi być ujęty w świadectwie homologacji typu WE pojazdu skompletowanego oraz posiadać informacje o dacie wydania homologacji pojazdu podstawowego i skompletowanego. Numery homologacji pojazdu podstawowego i skompletowanego muszą być zgodnie z Dyrektywą 2007/46/WE załącznik nr VII składać się z 4 sekcji informujących o:- państwie członkowskim wydającym homologację- numerze ostatniej dyrektywy lub rozporządzenia zmieniającego, włącznie z aktami wykonawczymi stosowanymi do danej homologacji;- czterocyfrowym numerze porządkowym;- dwucyfrowym numerze porządkowym określającym rozszerzenie.Numer homologacji oferowanego pojazdu podstawowego musi być zbieżny z numerem homologacji oferowanego pojazdu skompletowanego i odpowiadać oferowanemu pojazdowi. Podać numer homologacji pojazdu bazowego i pojazdu skompletowanego. PRZY ODBIORZE POJAZDU | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | Tak/Nie\* |  |
| **14/** | **GWARANCJA** |  | -------------------------------------------- |
| 1. | **Gwarancja mechaniczna,** nie krócej niż 24 miesiące (bez limitu km). | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu 36 miesięcy | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Gwarancja na perforację min. 120 miesięcy. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną min. 24 miesiące. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 miesiące. | Tak/Nie\* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **15/** | **NOSZE GŁÓWNE ROZŁĄCZNE** |  | **-------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min 90 stopni. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, klatki piersiowej i ułożenie na wznak. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi.  | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Składany wieszak na pojemnik z płynami infuzyjnymi. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Waga noszy max 23 kg zgodna z wymogami normy PN EN 1865:1+A1:2015. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Dodatkowy zestaw pasów lub uprzęży służący do transportu małych dzieci. Podać producenta, model. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Obciążenie dopuszczalne min 250 kg. | Tak/Nie\* |  |
| **16/** | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** |  | **--------------------------------------** |
| 1. | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/ wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Szybki i łatwy system połączenia z noszami. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Odbojniki na goleniach. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Wyposażony w min 4 kółka obrotowe w zakresie o 360 stopni, min 2 kółka wyposażone w hamulce. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Wszystkie kółka jezdne skrętne, o średnicy min. 200mm i szerokości min 50mm umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. Kółka mają umożliwiać jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi (na otwartych przestrzeniach). | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Blokada kółek do jazdy na wprost uruchamiana przez operatora w momencie w którym jest to wymagane i potrzebne, uniemożliwiająca przypadkowe zablokowanie do jazdy na wprost. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Obciążenie dopuszczalne transportera min 275 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Waga transportera max 28 kg zgodna z wymogami normy PN EN 1865:1+A1:2015. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodne z wymogami PN EN 1789 +A2:2015. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. | Tak/Nie\* |  |
| **17/** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE Z SYSTEMEM PŁOZOWYM** |  | **-------------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Wykonane z wytrzymałego materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Wyposażone w górny uchwyt teleskopowo regulowany w min 3 pozycjach. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Wyposażone w demontowalne siedzisko. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego winylu, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Wyposażone w min 4 kółka transportowe z czego min 2 obrotowe o 360°. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Średnica tylnych kółek min 175 mm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Hamulce na przednich kółkach. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Wysokość górnej ramy oparcia w rozłożonym krzesełku mierzona od podłogi - min. 1130 mm, max 1540 mm - zapewniająca komfort dla pacjenta. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Waga max 12 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Dopuszczalne obciążenie min 180 kg. | Tak/Nie\* |  |
| **18/** | **NOSZE ZBIERAKOWE Z FUNKCJĄ DESKI ORTOPEDYCZNEJ** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Model urządzenia / producent / rok produkcji, produkt nowy, rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Nosze podbierakowe z funkcją deski ortopedycznej. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Umożliwiające diagnostykę RTG – przezierne dla promieniowania rentgenowskiego. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Wykonane z materiału łatwego w czyszczeniu i dezynfekcji. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Nosze odporne na płyny fizjologiczne: krew, wymiociny itp. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Nosze pokryte polimerem dającym izolację termiczną pacjentowi – zapobieganie hipotermii i personelowi – dzięki czemu możliwa jest komfortowa praca w niskich temperaturach. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Wielostopniowa regulacja długości noszy umożliwiająca ich dopasowanie do wymiaru pacjenta w zakresie min 165 -201 cm. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Wyposażone w pasy pajęczynowe zabezpieczające pacjenta. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Składany stabilizator głowy. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Konstrukcja zamków spinających łopaty wykluczająca możliwość przypadkowego ich rozpięcia.  |  |  |
| 11. | Konstrukcja noszy umożliwiająca ich rozłożenie na dwie części. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Konstrukcja noszy umożliwiająca ich rozchylenie do kąta min 120˚. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Możliwość zmiany kąta nachylenia noszy do min 45˚ - dzięki czemu możliwe jest podjęcia pacjenta znajdującego się blisko ściany, przy krawędzi itp. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Umożliwiające pełną stabilizację kręgosłupa – odległość pomiędzy dwoma łopatami noszy max 25 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Możliwość użycia noszy z systemem stabilizującym odcinek szyjny kręgosłupa, w zestawie stabilizator głowy umożliwiający szybkie rozłączenie i przekształcenie deski w nosze podbierakowe. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Nosze wyposażone w min 14 ergonomicznych zdystansowanych od podłoża uchwytów do przenoszenia, umieszczonych na obwodzie noszy, zrotowanych o kąt min 20˚ celem poprawienia chwytu, antypoślizgowych. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Możliwość złożenia ich w połowie długości celem łatwiejszego transportu, rozmiar po złożeniu max 120 cm wysokość. | Tak/Nie\* |  |
| 18 | Obciążenie dopuszczalne min 170 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 19 | Waga max 11 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 20 | Szerokość noszy min 43 cm. | Tak/Nie\* |  |
| **19/** | **DESKA ORTOPEDYCZNA W KOMPLECIE ZE STABILIZATOREM I PASAMI** |  | --------------------------------------------- |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2018. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Deska ortopedyczna wykonana z tworzywa sztucznego, przenikliwa dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Ścięty koniec od strony nóg ułatwiający pracę w ciasnych przestrzeniach. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Wyposażona w min 14 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża, bez pinów do wpięcia pasów karabińczykowych, umożliwiających pracę w ochronnych rękawicach. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Wyposażona w min 5 punktów na dłuższej stronie deski do mocowania pasów. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Wyposażona w min 4 pasy zabezpieczające o regulowanej długości kodowane kolorami. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Wyposażona w unieruchomienie głowy wielokrotnego użytku, składające się z podkładki oraz 2 klocków stabilizujących z otworami usznymi oraz 2 paskami spinającymi. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Waga deski max 10 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Obciążenie dopuszczalne min 450kg. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Pływalność dodatnia min 110 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Szerokość deski w zakresie od min 46cm do max 50 cm. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Długość deski min 183 cm. | Tak/Nie\* |  |
| **20/** | **DESKA ORTOPEDYCZNA PEDIATRYCZNA** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Deska stabilizująca pediatryczna z zestawem do stabilizacji głowy. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Deska wykonana z twardego materiału odpornego na pleśń i bakterie, łatwego do dezynfekcji za pomocą ogólnodostępnych środków, nie pochłaniającego wydzielin i płynów, zmywalnego.  | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Waga deski nie większa niż 4 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Szerokość w zakresie 30-41 cm. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Długość w zakresie 120-130 cm. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Obciążenie maksymalne min 100 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Zestaw klocków-poduszek zapewnia stabilną pozycję głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Co najmniej 8 uchwytów do przenoszenia oraz uchwyty do mocowania na noszach oraz desce ortopedycznej. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Komplet pasów pajęczynowych. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Pokrowiec transportowy. | Tak/Nie\* |  |
| **21/** | **MATERAC PRÓŻNIOWY** |  | **--------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2018 | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Służący do unieruchomienia pacjentów w warunkach działań ratowniczych przedszpitalnych, w czasie transportu w ambulansie. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wykonany z materiału zmywalnego, umożliwiającego dezynfekcję, nie absorbującego wydzielin i płynów. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Wyposażony w dodatkową, dopinaną podłogę ochronną zabezpieczające przed uszkodzeniem. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Posiadający min. 4 pasy zabezpieczające pacjenta. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Min 4 uchwyty materaca do transportu pacjenta. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Przenikliwy dla promieni X. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | W zestawie torba transportowa, pompka. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Wymiary: min. 210 cm x 80 cm. | Tak/Nie\* |  |
| **22/** | **NOSZE PŁACHTOWE** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Kieszeń na nogi. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Minimum 8 uchwytów do przenoszenia. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Udźwig min 150 kg, waga max 2,2 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Wymiary długość – minimum 200 cm, szerokość minimum 80 cm. | Tak/Nie\* |  |
| **23/** | **KAMIZELKA UNIERUCHAMIAJĄCA** |  | --------------------------------------------- |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2018. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Kamizelka pokryta wytrzymałym, odpornym na przetarcia tworzywem sztucznym. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Kamizelka wykonana z materiału zmywalnego, odpornego na środki dezynfekujące. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Kamizelka wyposażona w wbudowane uchwyty transportowe (podać ilość uchwytów). | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Wyposażenie: komplet pasów zabezpieczających kodowanych kolorami, poduszka wypełniająca krzywizny ciała, paski stabilizujące minimum 2 sztuki, pokrowiec ochronny. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Kamizelka przezierna dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Obciążenie dopuszczalne minimum 200 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Waga kamizelki - maksimum 4 kg. | Tak/Nie\* |  |
| **24/** | **KOŁNIERZ ORTOPEDYCZNY DLA DOROSŁYCH I DZIECI - ZESTAW** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2018. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Dla dorosłych 2 szt.: wielorozmiarowy, z regulacją ustawienia żuchwy w min. 3 pozycjach lub z plastyczną regulacją min.3 pozycji wysokości podbródka, z dostępem do tętnic szyjnych, prześwietlany dla promieni X.Dla dzieci 1 szt.: wielorozmiarowy, z regulacją ustawienia żuchwy w min 3 pozycjach lub z plastyczną regulacją min.3 pozycji wysokości podbródka, z dostępem do tętnic szyjnych, prześwietlany dla promieni X. | Tak/Nie\* |  |
| **25/** | **SZYNY TYPU KRAMER W TORBIE TRANSPORTOWEJ - ZESTAW** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Komplet min 14 szyn. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Torba do transportu szyn, wyposażona w dwa uchwyty połączone zapięciem rzepowym, umożliwiające transport zestawu w ręku i na ramieniu. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Każda z szyn znajduje się w zdejmowanym, miękkim powleczeniu nieprzepuszczalnym płynów i wydalin. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Konstrukcja powleczenia szyn-szew wewnętrzny, nić rdzeniowa. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Rozmiary min: p. 1 1500x120 x2szt p. 2 1200x120 p. 3 1000x100 p. 4 900x120 x2szt p. 5 800x120 p. 6 800x100 p. 7 700x70 x 2 szt. p. 8 600x70 x 2 szt. p. 9 250x50 x2szt  | Tak/Nie\* |  |
| **26/** | **SZYNA WYCIĄGOWA JEDNOKOŃCZYNOWA** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Szyna uniwersalna do stosowania u osób dorosłych oraz dzieci. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Pojedynczy teleskopowy stelaż. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Regulacja długości – składana. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Przeznaczona do stosowania u pacjentów z podejrzeniem złamania kończyny.  | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Mocowanie kończyny za pomocą 4 elastycznych opasek z zapięciem na rzep typu velcro. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Regulacja naciągu za pomocą paska lub linki. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Umożliwiają diagnostykę RTG. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Opakowanie transportowe – wielkość max 30 cm x15 cm, waga max ok. 500 g. | Tak/Nie\* |  |
| **27/** | **SSAK MECHANICZNY RĘCZNY** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Obudowa pompy: tworzywo ABS. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Ciężar: pompa 143 g., pojemnik pusty z cewnikiem dla dorosłych: 90 g. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wydajność: min 20 l/min.  | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Podciśnienie max.: 550 mmHg. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Pojemność pojemnika min 300 ml. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Cewnik dla dorosłych. | Tak/Nie\* |  |
| **28/** | **SSAK TRANSPORTOWY AKUMULATOROWO – SIECIOWY** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Ssak elektryczny akumulatorowy przenośny zasilany z sieci 12V DC. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Przewód silikonowy z zaworkiem chroniony przed uszkodzeniem przez elementy obudowy ssaka. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Przepływ min 30 l/min. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Słój do sterylizacji w autoklawie o pojemność min 1,0 l umieszczony w koszyku zabezpieczającym przed uszkodzeniami, dodatkowo ochronna pokrywa zabezpieczająca słój od góry. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Skokowo regulowana siła ssania w zakresie -0,1 do -0,8 bar realizowana za pomocą dedykowanych klawiszy.  | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Podświetlane wskaźniki przy klawiszach sterujących umożliwiające odczyt wybranego podciśnienia w warunkach ograniczonej widoczności. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Elektroniczny nadzór ciśnienia ssania zapobiegający przypadkowemu zassaniu tkanek miękkich. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Pełna informacja o stanie naładowania baterii na panelu kontrolnym ssaka. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Możliwość sprawdzenia poziomu naładowania baterii bez włączania urządzenia. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Kabel do zasilania karetkowego 12V. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Płyta ścienna do montażu w karetce zgodna z PN EN 1789+A2:2015 (certyfikat lub deklaracja zgodności potwierdzającą spełnienie parametru) umożliwiająca ładowanie ssaka bezpośrednio po wpięciu do uchwytu. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Temperatura pracy od - 5 do 50 ºC. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Temperatura przechowywania od - 40 do 70 ºC. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Ciężar kompletnego ssaka max 4,8 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Czas pracy min 60 min. | Tak/Nie\* |  |
| 19. | Żywotność akumulatora min 500 cykli. | Tak/Nie\* |  |
| 20. | Ładowanie akumulatora do poziomu 80% max 2 h 40 min +/- 10%.Ładowanie akumulatora do poziomu 100% max 4h.  | Tak/Nie\* |  |
| 21. | Wielostopniowe zabezpieczenie przed wnikaniem płynów do wnętrza ssaka – opisać. | Tak/Nie\* |  |
| 22. | Instrukcja obsługi w języku polskim – przy dostawie. | Tak/Nie\* |  |
| **29/** | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DOROSŁYCH** |  | **------------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Komplet z rezerwuarem tlenu, zastawką pacjenta, przewodem zasilającym tlenem o długości min 1,5 m, z maską nr 5 przystosowaną do sterylizacji. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Silikonowy wielokrotnego użytku. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Dla pacjentów od 40 kg. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Przystosowany do sterylizacji.  | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Wyposażony w zawór bezpieczeństwa z zastawką 40 cm H2O. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Pojemność min 1500 ml. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Pojemność rezerwuaru min 2500 ml. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Filtr przeciwbakteryjny min 5 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Maska do tlenoterapii biernej z rezerwuarem dla dorosłych min 2 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Maska do tlenoterapii biernej z rezerwuarem dla dzieci min 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Maska do inhalacji dla dorosłych z przewodem min 2 sztuki. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Maska do inhalacji dla dzieci z przewodem min 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| **30/** | **PRZEPŁYWOMIERZ – 2 SZTUKI** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Precyzyjne dozowanie tlenu. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wyrównywanie wahań ciśnienia wejściowego w zakresie min 2,8 i 8 bar poprzez zintegrowany zawór redukcyjny. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Samocentrujące pokrętło przepływomierza ułatwiające precyzyjny nastaw przepływu. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Odczyt wskazań przepływomierza z boku i przodu reduktora. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Ruchoma końcówka przepływomierza - kąt wychylenia 360˚ - do podłączenia butli nawilżacza, maski lub kaniuli. | Tak/Nie\* |  |
| **31/** | **CZUJNIK DO PULSOKSYMETRU DLA DZIECI** |  | --------------------------------------------- |
| 1. | Czujnik klipsowy dla dzieci min 10-50 kg wielorazowy, bezpośredni do pulsoksymetru będący na wyposażeniu Zamawiającego zapewniający kompatybilność i funkcjonowanie posiadanego sprzętu 1 szt. | Tak/Nie\* |  |
| **32/** | **TERMOMETR DO POMIARU TEMPERATURY CIAŁA** |  | --------------------------------------------- |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Cyfrowy zakres pomiaru: 28,0°C - 42,0°C. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Duży wyświetlacz. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | * Dokładność pomiaru (+/-0,1°C).
 | Tak/Nie\* |  |
| 5. | * 100% wodoszczelny.
 | Tak/Nie\* |  |
| 6. | * Automatyczny sygnał dźwiękowy.
 | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Pamięć pomiaru. | Tak/Nie\* |  |
| **33/** | **APARAT DO MIERZENIA CIŚNIENIA TĘTNICZEGO** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi przenośny z mankietem dla dorosłych oraz zestawem mankietów dla dzieci w 3 rozmiarach. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Klasyczny ciśnieniomierz ręczny z manometrem i mankietami. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Pomiar w zakresie min 0 – 300 mmHg.  | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Spust powietrza regulowany zaworem ręcznym. | Tak/Nie\* |  |
| **34/** | **MANKIET DO SZYBKIEGO PRZETACZANIA PŁYNÓW INFUZYJNYCH** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Manometr min 0-300 mm Hg. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wysoka trwałość. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Pojemność płynów min 1000 ml. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Łatwy i bezpieczny w użyciu. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Wydajna, ręczna pompka szybko napełnia mankiet. | Tak/Nie\* |  |
| **35/** | **WKŁUCIE DOSZPIKOWE DLA DOROSŁYCH 2 SZTUKI** |  | **-----------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Automatyczne, sprężynowe. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Umożliwiające dostęp doszpikowy i podaż leków, płynów, krwi. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Możliwość zastosowania u dorosłych i dzieci powyżej 12 roku życia. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Jednorazowego użytku, jałowe, niepirogenne, nietoksyczne. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Możliwość uzyskania szybkiego dostępu doszpikowego do 10s.  | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Możliwość wykonania wkłucia w min 2 miejscach np. kość piszczelowa, głowa kości ramienia itp.  | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Stabilizator zabezpieczający igłę po wkłuciu pełniący jednocześnie funkcję ogranicznika głębokości penetracji igły w trakcie iniekcji. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Do natychmiastowego użycia bezpośrednio po wyjęciu z opakowania – nie dopuszcza się składanych zestawów z dwóch lub więcej części. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Waga wkłucia max 100g. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Rozmiar igły min 15G. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Głębokość penetracji igły w zakresie max 22-25 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Efektywna długość igły w zakresie max 40-42 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Podwójne zabezpieczenie przed przypadkową aktywacją wkłucia.  | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Bezpieczne w użyciu – brak dostępu do igły, brak ryzyka zakłucia. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Czas ważności wkłucia doszpikowego w momencie dostarczenia min 48 miesięcy. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Oryginalna etykieta producenta w języku polskim.  | Tak/Nie\* |  |
| **36/** | **WKŁUCIE DOSZPIKOWE DLA DZIECI 2 SZTUKI** |  | --------------------------------------------- |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Automatyczne, sprężynowe. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Umożliwiające dostęp doszpikowy i podaż leków, płynów, krwi. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Możliwość zastosowania u dzieci do 12 roku życia. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Jednorazowego użytku, jałowe, niepirogenne, nietoksyczne. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Możliwość uzyskania szybkiego dostępu doszpikowego do 10s. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Możliwość wykonania wkłucia w przynajmniej 1 miejscu np. kość piszczelowa. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Do natychmiastowego użycia bezpośrednio po wyjęciu z opakowania – nie dopuszcza się składanych zestawów z dwóch lub więcej części | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Waga wkłucia max 100g. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Rozmiar igły min 18G. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Głębokość penetracji igły w zależności od grupy wiekowej w zakresie max 12-14 mm oraz w zakresie max 17-18 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Efektywna długość igły w zakresie max 37-39 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Podwójne zabezpieczenie przed przypadkową aktywacją wkłucia.  | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Stabilizator zabezpieczający igłę po wkłuciu pełniący jednocześnie funkcję ogranicznika głębokości penetracji igły w trakcie iniekcji. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | System lokalizacji miejsca wkłucia w postaci znacznika umieszczonego na stabilizatorze igły. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Bezpieczne w użyciu – brak dostępu do igły, brak ryzyka zakłucia. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Czas ważności wkłucia doszpikowego w momencie dostarczenia min 48 miesięcy. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Oryginalna etykieta producenta w języku polskim.  | Tak/Nie\* |  |
| **37/** | **STAZA TAKTYCZNA 2 SZTUKI** |  | **------------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Zastosowanie: zaopatrzenie (zabezpieczenie) kończyn (górnych i dolnych) w przypadku amputacji urazowych lub silnych krwotoków tętniczych w celu zatrzymania krwotoku przez żołnierzy przeszkolonych w zakresie udzielania pierwszej pomocy według procedur ratownictwa w warunkach taktycznych określonych w aktualnych wytycznych TCCC | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Konstrukcja opaski zaciskowej:1. jednoczęściowa,
2. umożliwiająca założenie jedną ręką na każdej kończynie, w szczególności w ramach samopomocy przez poszkodowanego,
3. system naciągowy opaski składa się z paska okalającego kończynę oraz obrotowego elementu z tworzywa sztucznego lub metalu typu kołowrót z możliwością płynnej regulacji siły naciągu oraz możliwością blokowania kołowrotu (po zaciśnięciu opaski),
4. bezgłośna praca mechanizmu naciągowego,
5. zapinanie opaski realizowane za pomocą taśmy samozaczepnej typu „rzep”,
6. element konstrukcyjny zabezpieczający opaskę przed przypadkowym rozpięciem lub poluzowaniem naciągu,
7. szerokość taśmy uciskającej kończynę 4 cm,
8. waga opaski do 100 g,
9. kolor czarny,
10. szara etykieta na zapisanie czasu założenia stazy.
 | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Opakowanie łatwe do otwierania, umożliwiające wyjęcie opaski z opakowania jedną ręką. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Instrukcja stosowania w języku polskim naniesiona na opakowaniu lub umieszczona wewnątrz lub na zewnątrz opakowania (zalecane są piktogramy użycia). | Tak/Nie\* |  |
| **38/** | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY Z WYPOSAŻENIEM** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model, rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Transportowy zestaw medyczny do wentylacji pacjenta. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Urządzenie w zwartej i wytrzymałej obudowie, z możliwością zawieszenia na ramie łóżka, noszy lub na wózku medycznym, z uchwytem do przenoszenia w ręku i paskiem umożliwiającym zawieszenie na ramieniu. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Urządzenie wyposażone w torbę ochronną wykonaną z materiału typu PLAN zapobiegającemu dostaniu się zanieczyszczeń lub wody do przestrzeni urządzenia, umożliwiający swobodny dostęp do wszystkich funkcji. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Przednia część torby ochronnej wykonana z przeźroczystego materiału, umożliwiającego swobodne odczytanie wszystkich parametrów wyświetlanych na monitorze, bez potrzeby jej otwierania. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Zestaw składa się z respiratora transportowego, przewodu ciśnieniowego umożliwiającego podłączenie respiratora do zewnętrznego źródła tlenu ze złączem AGA min 2 m, kieszeni na akcesoria, maski nr 5, przewodu pacjenta, płuca testowego, miejsce na butlę min 2l ze zintegrowanym reduktorem, niezbędnych akcesoriów. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Zasilanie respiratora transportowego 230V i 12V w zestawie płyta ścienna z zasilaniem 12V. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Płyta ścienna ze zintegrowanym zasilaniem 12V umożliwiająca ładowanie respiratora zaraz po wpięciu, spełniająca normę PN EN 1789+A2:2015.  | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Możliwość wymiany baterii, przez użytkownika, bez użycia narzędzi. ***parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*Możliwość wymiany baterii, przez użytkownika, bez użycia narzędzi – Tak- 1 pkt.Nie- 0 pkt  |  |
| 10. | System kontrolny akumulatora umożliwiający sprawdzenie poziomu naładowania i poprawność działania baterii bez potrzeby włączania urządzenia. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Akumulator bez efektu pamięci. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Ładowanie baterii od 0 do min 95 % w czasie do 3,5 godziny. | Tak/Nie\* |  |
|  | Parametry techniczne | ------------- | **----------------------** |
| 13. | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Waga respiratora max 2,5 kg +/- 5%. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Zasilanie w tlen o ciśnieniu min od 2,7 do 6,0 bar. | Tak/Nie\* |  |
| 16. |  Zasilanie z baterii min 10 h w przypadku pracy w trybie wentylacji kontrolowanej. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Wentylacja 100% tlenem i Air Mix. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Możliwość pracy w temperaturze min -18 - + 50˚C. | Tak/Nie\* |  |
| 19. | Możliwość przechowywania w temperaturze min -40 - +70˚C. | Tak/Nie\* |  |
| 20. | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych w postaci potwierdzenia wyboru parametru po jego ustawieniu. | Tak/Nie\* |  |
| 21. | Rozpoczęcie natychmiastowej wentylacji w trybach ratunkowych za pomocą przycisków umieszczonych na panelu głównym.***parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*Rozpoczęcie natychmiastowej wentylacji w trybach ratunkowych za pomocą przycisków umieszczonych na panelu głównym – Tak- 1 pkt.Nie- 0 pkt  |  |
| 22. | Możliwość ustawienia parametrów oddechowych na podstawie wzrostu i płci pacjenta.***parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*Możliwość ustawienia parametrów oddechowych na podstawie wzrostu i płci pacjenta – Tak- 1 pkt.Nie- 0 pkt |  |
| 23. | Autotest, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora każdorazowo po włączeniu urządzenia. | Tak/Nie\* |  |
| 24. | Wbudowany czytnik kart pamięci wraz z kartą o pojemności min 2 GB do zapisywania monitorowanych parametrów oraz zdarzeń z możliwością późniejszej analizy. | Tak/Nie\* |  |
| 25. | Możliwość ręcznego wyzwalania oddechów w trybie RKO bezpośrednio przy masce do wentylacji.***parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*Możliwość ręcznego wyzwalania oddechów w trybie RKO bezpośrednio przy masce do wentylacji Tak- 1 pkt.Nie- 0 pkt |  |
| 26. |  Kapnografia pomiar w mmHg, trend EtCO2 (mmHg) min auto, 5, 10, 30, 60, 120 minut. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Tryby wentylacji** | ------------- | **----------------------** |
| 27. | IPPV | Tak/Nie\* |  |
| 28. | RSI ***parametr dodatkowo punktowany (fakultatywny).*** | Tak/Nie\*Tak- 1 pkt.Nie- 0 pkt |  |
| 29. | CPR | Tak/Nie\* |  |
| 30. | CPAP +ASB | Tak/Nie\* |  |
| 31. | SIMV +ASB | Tak/Nie\* |  |
| 32. | aPCV | Tak/Nie\* |  |
| 33. | BiLevel +ASB | Tak/Nie\* |  |
| 34. | PRVC +ASB | Tak/Nie\* |  |
|  | **Parametry regulowane** | ------------- | **----------------------** |
| 35. | Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie min. 5-50 oddechów/min. | Tak/Nie\* |  |
| 36. | Objętość oddechowa regulowana w zakresie min 50 – 2000 ml. | Tak/Nie\* |  |
| 37. | Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie min od 0 do 30 cm H2O. | Tak/Nie\* |  |
| 38. | Ciśnienie maksymalne w drogach oddechowych regulowane w zakresie min od 10-65 mbar. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Obrazowanie parametrów** | ------------- | **----------------------** |
| 39. | Ciśnienie PEEP. | Tak/Nie\* |  |
| 40. | Maksymalne ciśnienie wdechowe.  | Tak/Nie\* |  |
| 41. | Objętość oddechowa. | Tak/Nie\* |  |
| 42. | Objętość minutowa. | Tak/Nie\* |  |
| 43. | Częstość oddechowa. | Tak/Nie\* |  |
| 44. | Kapnografia. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Prezentacja graficzna** | ------------- | **----------------------** |
| 45. | Zintegrowany kolorowy wyświetlacz LCD lub TFT o przekątnej min 5 cali do prezentacji parametrów nastawnych oraz manometru. | Tak/Nie\* |  |
| 46. | Manometr, krzywe oddechowe. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Alarmy** | ------------ | **----------------------** |
| 47. | Bezdechu. | Tak/Nie\* |  |
| 48. | Nieszczelności układu. | Tak/Nie\* |  |
| 49. | Wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych. | Tak/Nie\* |  |
| 50. | Rozładowanego akumulatora/braku zasilania. | Tak/Nie\* |  |
| 51. | Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim. | Tak/Nie\* |  |
| 52. | Alarm niskiego/wysokiego poziomu EtCO2. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Pozostałe** | ------------- | **----------------------** |
| 53. | Instrukcja obsługi urządzeń w języku polskim wraz z dostawą  | Tak/Nie\* |  |
| **39/** | **POMPA INFUZYJNA 1-STRZYKAWKOWA** |  | **---------------------------------------** |
|  | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 1. | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o pojemności minimum 5, 10, 20, 30 i 50 ml różnych typów i podać co najmniej 5-ciu producentów strzykawek, dostępnych na rynku. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę rozmiaru strzykawki. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Możliwość programowania parametrów infuzji: * prędkości infuzji;
* prędkości i objętości infuzji;
* prędkości i czasu infuzji;
* objętości i czasu infuzji.
 | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Zakres programowania prędkości infuzji: dla strzykawek 5 ml: minimum 0,1÷400 ml/h;dla strzykawek 10 ml: minimum 0,1÷600 ml/h;dla strzykawek 20 ml: minimum 0,1÷1000 ml/h; dla strzykawek 30 ml: minimum 0,1÷1200 ml/h;dla strzykawek 50 ml: minimum 0,1÷2000 ml/h. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Zakres programowania objętości infuzji: minimum 0,1÷999 ml. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Maksymalny programowany czas infuzji: minimum 99 godzin. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Programowanie prędkości infuzji w jednostkach: ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Dokładność prędkości infuzji: nie gorsza niż ±2,0%. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Możliwość podania bolusa w dowolnym momencie infuzji. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Zakres programowania prędkości podaży bolusa: co najmniej 1÷2000 ml/h dla strzykawek 50 ml.  | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Programowanie ciśnienia okluzji: minimum 9 poziomów w zakresie 300÷900 mmHg. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | System wielopoziomowego wykrywania okluzji z funkcją Anty-Bolus. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Funkcja Stand-By z możliwością programowania do 24 godzin. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Funkcja KVO z możliwością programowania prędkości KVO w zakresie minimum 0÷5 ml/h. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Pamięć pompy: możliwość zapamiętania minimum 2000 zdarzeń z historii infuzji. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Wyświetlacz LCD. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Wskaźnik ciśnienia infuzji. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Możliwość podglądu parametrów podaży w trakcie infuzji. | Tak/Nie\* |  |
| 19. | Możliwość odczytu historii zdarzeń na wyświetlaczu pompy. | Tak/Nie\* |  |
| 20. | Możliwość zmiany parametrów podaży w trakcie infuzji. | Tak/Nie\* |  |
| 21. | Możliwość wprowadzenia nazwy oddziału. | Tak/Nie\* |  |
| 22. | Blokada zmiany parametrów podaży hasłem. | Tak/Nie\* |  |
| 23. | Wbudowana biblioteka leków z możliwością modyfikacji przez użytkownika minimum 60 nazw leków w bibliotec. | Tak/Nie\* |  |
| 24. | Możliwość zaprogramowania profili podaży (min 15) dla określonych leków. | Tak/Nie\* |  |
| 25. | System alarmów: akustyczne i wizualne sygnalizowanie stanów alarmowych. | Tak/Nie\* |  |
| 26. | Regulacja poziomu głośności alarmów (min 3 poziomy). | Tak/Nie\* |  |
| 27. | Wbudowany system testów. | Tak/Nie\* |  |
| 28. | Komunikacja użytkownika z pompą w języku polskim. | Tak/Nie\* |  |
| 29. | Pompa wyposażona w port RS 232 do komunikacji z siecią informatyczną. | Tak/Nie\* |  |
| 30 | Zasilanie pompy z sieci elektroenergetycznej 230 V AC 50 Hz i z wbudowanego akumulatora. | Tak/Nie\* |  |
| 31 | Automatyczne ładowanie wbudowanego w pompę akumulatora przy podłączeniu pompy do sieci elektroenergetycznej. | Tak/Nie\* |  |
| 32. | Informacja o poziomie naładowania akumulatora. | Tak/Nie\* |  |
| 33. | Możliwość zasilania pompy z zewnętrznego źródła napięcia12÷15 V DC. | Tak/Nie\* |  |
| 34. | Zasilanie z wbudowanego akumulatora przez co najmniej4 godziny przy prędkości przepływu nie mniejszym niż 100 ml/h. | Tak/Nie\* |  |
| 35. | Pompa wyposażona w uchwyt, umożliwiający zamocowanie pompy na statywie, łóżku i szynie. | Tak/Nie\* |  |
| 36. | Pompa odporna na defibrylację. | Tak/Nie\* |  |
| 37. | Klasa ochronności przeciwporażeniowej (prądem elektrycznym). | Tak/Nie\* |  |
| 38 | Urządzenie bryzgoszczelne. *Podać stopień ochrony pompy.*  | Tak/Nie\* |  |
| 39. | Masa nie większa niż 2,5 kg. | Tak/Nie\* |  |
| **40/** | **ZESTAW - LARYNGOSKOP ŚWIATŁOWODOWY LED DLA DOROSŁYCH I DZIECI** |  | ------------------------------------- |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Zestaw - laryngoskop światłowodowy LED dla dorosłychZ kompletem łopatek Macintosh - rozmiar 2,3,4 – tzw. „zielony standard”. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Zestaw - laryngoskop światłowodowy LED dla dzieci cienka rękojeść z kompletem łopatek Miller - rozmiar 00, 0, 1, 2 tzw. „zielony standard”. | Tak/Nie\* |  |
| **41/** | **DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Rurki usto-gardłowe Guedela kpl. 7 szt. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Rurka nosowo-gardłowa 8,0mm 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Maska krtaniowa silikonowa roz. 1,2, 3, 4, 6 po min 1 sztuce. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Rurki intubacyjne z mankietem roz. 10 – min 2 sztuki, roz. 9,5 – 1 sztuka, roz. 6.5 – 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Rurki intubacyjne bez mankietu roz. 2.5, 3,5, 4,5 po min jednej sztuce. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Szczypce Magilla dla dzieci i młodzieży 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Szczypce Magilla dla dorosłych 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Zestaw do drenażu opłucnej. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Uchwyty do rurek intubacyjnych dla dorosłych i dzieci po 1 sztuce. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Folia izotermiczna min 20 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Pojemnik na odpady medyczne 0,7 l min 50 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Zestaw porodowy 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Zestaw do oparzeń skład zestawu: - opatrunek 10 x 10 cm - 2 szt. - opatrunek na twarz 30 x 40 cm - 1 szt. - opatrunek na dłoń 20 x 50 cm - 2 szt. - bandaż - 2 szt. - nożyczki - 1 szt. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Torba na wymiociny min 5 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Pojemnik re implantacyjny izotermiczny 4l 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Koc bakteriostatyczny 1 sztuka. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Opatrunek wentylowy typu ACS min 4 sztuki. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Gaziki do dezynfekcji min 100 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 19. | Nożyczki do cięcia bandaży min 19 cm min 2 sztuki. | Tak/Nie\* |  |
| 20. | Kask ochronny do ambulansu zgodny z normą EN 14052 min 3 sztuki. | Tak/Nie\* |  |
| 21. | Pakiet ochrony biologicznej indywidualny min 3 sztuki. | Tak/Nie\* |  |
| 22. | Zestaw do triage: TRIAGE 1Zestaw Segregacyjny (podstawowy): 36 opasek odblaskowych kodowanych kolorami, które umożliwiają oznaczenie stanu klinicznego osoby poszkodowanej, marker, długopis i ołówek, 2 pary rękawiczek nitrylowych, zestaw umieszczony w specjalnej torbie transportowej posiadającej uchwyt do trzymania w dłoni lub zawieszenia na ramieniu | Tak/Nie\* |  |
| **42/** | **ZESTAW DO KONIKOPUNKCJI DLA DOROSŁYCH I DZIECI** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Zestaw do konikotomii dla dorosłych i konikopunkcji dla dzieci w wieku 1-4 lat.  | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Sterylny zestaw do wykonania jednego zabiegu.  | Tak/Nie\* |  |
| 4. | W skład zestawu do konikotomii dla dorosłych wchodzą: - kaniula bez mankietu uszczelniającego o średnicy wewnętrznej 4 mm lub rurka tracheotomijna z mankietem uszczelniającym o rozmiarze wewnętrznym 6 mm,- strzykawka o objętości 10 m,l- taśma mocująca,- rurka karbowana przedłużająca,- żel poślizgowy. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | W skład zestawu do konikopunkcji dla dzieci 1-4 lat: - kaniula wraz z rurką tracheotomijną o średnicy wewnętrznej rurki 2 mm bez mankietu uszczelniającego,- taśma mocująca,- strzykawka 5 lub 10 ml,- rurka karbowana przedłużająca. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Opakowanie ochronne do przechowywania i bezpiecznego transportu każdego z zestawów. | Tak/Nie\* |  |
| **43/** | **ZESTAW DO ODBARCZANIA ODMY PRĘŻNEJ – 2 KOMPLETY** |  | ---------------------------------------------- |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Brak konieczności użycia skalpela oraz nacięcia skóry. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Zintegrowana igła Veressa zmniejszająca ryzyko uszkodzenia tkanki płuca. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Niskociśnieniowy zawór jednokierunkowy umożliwiający ewakuację powietrza i płynu. | Tak/Nie\* |  |
| **44/** | **PLECAK RATOWNICZY MEDYCZNY** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Plecak ratowniczy w kolorze czarnym (tył) i czerwonym (przód). | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wymiary zewnętrzne min wys. 55, szer. 55, gł. 30 (cm). | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Wykonany z materiału typu Plan, o zwiększonej odporności na ścieranie, uszkodzenia mechaniczne, nieprzemakalny. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Możliwość przenoszenia na ramieniu i w ręku. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Min 6 kieszeni zewnętrznych. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Objętość min 81l. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Konstrukcja zewnętrzna plecaka** |  |  |
| 8. | Komora główna zamykana podwójnym zamkiem błyskawicznym okalającym trzy krawędzi boczne plecaka.  | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Możliwość swobodnego otwierania plecaka wzdłuż krótszej krawędzi - kąt otwarcia min 180°. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Zewnętrzne suwaki wyposażone w dodatkowe uchwyty z linki w kolorze żółtym fluoroscencyjnym. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Długość całkowita uchwytów razem z dodatkowymi min 75 +/- 10 mm, zabezpieczone przed uszkodzeniem, ułatwiające chwyt i otwieranie zamka. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Na przedniej górnej kieszeni umieszczony odblaskowy trójkąt ostrzegawczy w kolorze fluoroscencyjnym żółtym wszyty w sposób uniemożliwiający oderwanie, o długości boku min 190 +/- 5 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Na przedniej dolnej kieszeni umieszczona odblaskowa taśma w kolorze fluoroscencyjnym żółtym wszyta w sposób uniemożliwiający oderwanie o wymiarach min 370x40 mm +/- 5%. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Na przedniej dolnej kieszeni umieszczona taśma z rzepem wszyta w sposób uniemożliwiający oderwanie, o wymiarach min 370x50 mm +/- 5%. | Tak/Nie\* |  |
| 15. | Duża kieszeń umożliwiająca przechowywanie dokumentów o wielkości min A4. | Tak/Nie\* |  |
| 16. | Min 2 uchwyty w kolorze fluoroscencyjnym żółtym do przenoszenia plecaka w ręku umieszczone na dłuższej i krótszej krawędzi bocznej plecaka, wykonane z tworzywa sztucznego w kolorze fluorescencyjnym żółtym. | Tak/Nie\* |  |
| 17. | Min 3 kieszenie na krawędziach bocznych: min 2 małe o wymiarach 160x100 mm +/- 5% umożliwiające przechowywanie np. ciśnieniomierza, stetoskopu, glukometru itp.,min 1 duża o wymiarach min 440x100 mm +/- 5% z możliwością regulacji miejsca wewnątrz za pomocą ścianki grodzącej. | Tak/Nie\* |  |
| 18. | Wzdłuż bocznych krawędzi i bocznych kieszeniach taśma odblaskowa w kolorze fluoroscencyjnym żółtym wszyta w sposób uniemożliwiający oderwanie o szerokości min 20 +/- 2 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 19. | Profilowane szelki o szerokości min 70 min +/- 2 mm w najszerszym miejscu. | Tak/Nie\* |  |
| 20. | Z zewnętrznej strony szelki wszyty pas materiału w kolorze fluoroscencyjnym żółtym poprawiający widoczność, przez środek wszyta taśma odblaskowa w kolorze fluoroscencyjnym żółtym o wymiarach min 260x20 mm +/- 5%. | Tak/Nie\* |  |
| 21. | Klamry na szelkach o szerokości min 30 mm. | Tak/Nie\* |  |
| 22. | Konstrukcja szelek umożliwiająca ich szybkie wypięcie z plecaka. | Tak/Nie\* |  |
| 23. | Tylna wyściółka z możliwością wypięcia z umieszczonym odblaskowym trójkątem ostrzegawczym w kolorze fluoroscencyjnym żółtym wszytym w sposób uniemożliwiający oderwanie, o długości boku min 160 +/- 2mm. | Tak/Nie\* |  |
| 24. | Możliwość użycia wypinanej wyściółki jako podkładki pod kolana w trakcie prowadzenia akcji reanimacyjnej. | Tak/Nie\* |  |
| 25. | Dodatkowy odblaskowy trójkąt ostrzegawczy umieszczony w miejscu wypinanej wyściółki w kolorze fluoroscencyjnym żółtym wszyty w sposób uniemożliwiający oderwanie, o długości boku min 160 +/- 2mm. | Tak/Nie\* |  |
| 26. | Spód plecaka odporny na ścieranie, wodoodporny, wyposażony w min 20 nóżek stabilizujących i dystansujących plecak od podłoża, wykonanych z tworzywa sztucznego. | Tak/Nie\* |  |
|  | **Konstrukcja wewnętrzna plecaka** |  |  |
| 27. | Główna komora wewnętrzna pokryta zmywalnym materiałem typu PLAN. | Tak/Nie\* |  |
| 28. | Wzdłuż 3 wewnętrznych krawędzi umieszczona elastyczna taśma podtrzymująca, umożliwiająca troczenie wyposażenia medycznego. | Tak/Nie\* |  |
| 29. | Wzdłuż 1 wewnętrznej krawędzi min 3 zamykane na rzep kieszonki na wyposażenie medyczne. | Tak/Nie\* |  |
| 30. | System umożliwiający modyfikację wnętrza poprzez odpinane przegrody i saszetki różnej wielkości. | Tak/Nie\* |  |
| 31. | Przezroczyste odpinane saszetki do komory wewnętrznej – min 9 sztuk. | Tak/Nie\* |  |
| 32. | Demontowana komora na wyposażenie medyczne umożliwiająca przechowywanie m. in. płynów, zestawu reanimacyjnego, zestawu do intubacji itp. | Tak/Nie\* |  |
| 33. | Na wyposażeniu małe ampularium na min 9 ampułek o wymiarach max 14x12x4 cm. | Tak/Nie\* |  |
| **45/** | **AMPULARIUM DUŻE** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Ampularium, do przenoszenia ampułek (min na 75 ampułek po 1-2 ml, 25 ampułek po 5 ml, 16 ampułek po 10 ml i 8 fiolek). | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Wykonane z materiału zewnętrznego typu cordura w kolorze czerwonym, odpornym na uszkodzenia. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Środek ampularium wykonany z materiału typu PLAN w kolorze szarym. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Usztywnienia z tworzywa i elastycznej pianki. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Szybki dostęp do leków w sytuacjach zagrożenia życia. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Możliwość przechowywania różnych rozmiarów ampułek. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Ściana środkowa z przezroczystymi zamykanymi kieszeniami z miejscem na strzykawki, igły itp. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Okienko z przodu ampularium z możliwością umieszczenia informacji o zawartości ampularium. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Taśma odblaskowa na przedniej ścianie z logo producenta. | Tak/Nie\* |  |
| 11. | Elementy funkcyjne takie jak rączka, uchwyty zamków w kolorze fluorescencyjnym żółtym ułatwiającym znalezienie. | Tak/Nie\* |  |
| 12. | Na tylnej ścianie rzepy umożliwiające mocowanie w plecakach i torbach medycznych. | Tak/Nie\* |  |
| 13. | Metalowy znacznik z wybitym nieusuwalnym nr seryjnym producenta. | Tak/Nie\* |  |
| 14. | Wymiary: 10x33x24 cm +/- 2mm (wys., szer., gł.). | Tak/Nie\* |  |
| **46/** | **TORBA MEDYCZNA DUŻA** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Torba ratunkowa przeznaczona dla zespołów ratownictwa medycznego. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Dwukierunkowy zamek umożliwia szybki dostęp do górnej komory. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Dodatkowe dwie torebki przezroczyste mocowane na rzepy wewnątrz komory głównej.  | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Zewnętrzne kieszenie boczne, przednia i tylna umożliwiają troczenie wyposażenia medycznego, leków, płynów infuzyjnych, ampularium itp. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Podwójny uchwyt do przenoszenia w ręku i pasek na ramię. | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Taśmy odblaskowe umiejscowione na kieszeniach bocznych, przedniej i górnej, duży odblaskowy trójkąt na tylnej ścianie. | Tak/Nie\* |  |
| 8. | Elementy funkcyjne takie jak rączki, uchwyty zamków w kolorze fluorescencyjnym żółtym ułatwiającym znalezienie. | Tak/Nie\* |  |
| 9. | Wzmocniony spód wyposażony w nóżki dystansujące torbę od podłoża. | Tak/Nie\* |  |
| 10. | Wymiary: max 40x62x40 cm (wys., szer., gł.). | Tak/Nie\* |  |
| **47/** | **TORBA MEDYCZNA MAŁA** |  | **---------------------------------------** |
| 1. | Podać markę, model i rok produkcji min 2019. | Tak/Nie\* |  |
| 2. | Torba ratownicza wykonana z materiału typu cordura odpornego na uszkodzenia w kolorze czerwonym.Uchwyt do przenoszenia w ręku i pasek na ramię. | Tak/Nie\* |  |
| 3. | Taśmy odblaskowe umiejscowione na krawędziach bocznych i klapie torby. | Tak/Nie\* |  |
| 4. | Duży odblaskowy trójkąt na tylnej ścianie. | Tak/Nie\* |  |
| 5. | Elementy funkcyjne takie jak rączka, uchwyty zamków w kolorze fluorescencyjnym żółtym ułatwiającym znalezienie. | Tak/Nie\* |  |
| 6. | Wymiary: max 24x43x23 cm (wys., szer., gł.). | Tak/Nie\* |  |
| 7. | Pojemność: min 19.l | Tak/Nie\* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **48/** | **DEFIBRYLATOR DWUFAZOWY (PRZENOŚNY) Z MONITOREM WIELOFUNKCYJNYM** | **warunek graniczny i****parametry oceniane****TAK/NIE** |  **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*\*\*** |
| 1 | **2** | **3** | 4 |
|  | **Defibrylator** |  |  |
|  | Podać Producent /Firma : Typ aparatu: Kraj pochodzenia : Rok produkcji : 2019 | Tak/Nie\* |  |
| **Zasilanie** |  |  |
|  | bateryjne/akumulatorowe  | Tak/Nie\* |  |
|  | średni czas pracy z baterii (przy monitorowaniu) min. 6 godz. | Tak/Nie\* |   |
|  | ilość defibrylacji z energią 200 J przy pracy z baterii min. 400 | Tak/Nie\* |   |
|  | możliwość ładowania akumulatorow z AC 220 V 50 Hz +/- 10%  | Tak/Nie\* |  |
| **Funkcje / cechy** |  |  |
|  | urządzenie przenośne  | Tak/Nie\* |  |
|  | ciężar monitora z możliwością defibrylacji max. 10 kg | Tak/Nie\* |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : EKG** |  |  |
|  | ilość kanałów ekg: min. 12 | Tak/Nie\* |  |
|  | interpretacja i analiza przebiegu ekg w zależności od wieku pacjenta | Tak/Nie\* |  |
|  | Pomiar uniesienia odcinka S-T na każdym odprowadzeniu z wydrukiem | Tak/Nie\* |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : NIBP****Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** |  |  |
|  | zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg | Tak/Nie\* |  |
|  | tryb ręczny i automatyczny | Tak/Nie\* |  |
|  | metoda pomiaru : oscylometryczna | Tak/Nie\* |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : SpO2****Pomiar saturacji krwi tętniczej** |  |  |
|  | zakres pomiaru min. 50 -100% | Tak/Nie\* |  |
|  | czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec  | Tak/Nie\* |  |
| **Monitorowanie funkcji życiowych : EtCO2****Pomiar stężenia CO2 w powietrzu wydychanym** |  |  |
|  | zakres pomiaru EtCO2 : min 1 – 99 mm  | Tak/Nie\* |  |
|  | zakres pomiaru czestości oddechu : min. 1 -60 odd./min. | Tak/Nie\* |  |
|  | metoda pomiaru : strumień boczny | Tak/Nie\* |  |
|  | krzywa kapnograficzna na ekranie | Tak/Nie\* |  |
| **Defibrylacja** |  |  |
| 19. | łyżki defibrylatora dla dorosłych i dla dzieci | Tak/Nie\* |  |
| 20. | elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 2 kpl. | Tak/Nie\* |  |
| 21. | defibrylacja ręczna | Tak/Nie\* |  |
| 22. | defibrylacja półautomatyczna AED | Tak/Nie\* |  |
| 23. | zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J  | Tak/Nie\* |   |
| 24. | ilość poziomów enrgetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 23 | Tak/Nie\* |   |
| 25. | dwufazowa fala defibrylacji  | Tak/Nie\* |  |
| 26. | kardiowersja | Tak/Nie\* |  |
| **Stymulacja przezskórna serca** |  |  |
| 27. | tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna | Tak/Nie\* |  |
| 28. | zakres regulacji częstości impulsów stymulujących min. 50 – 150 / min. | Tak/Nie\* |   |
| 29. | zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 10 -170 mA | Tak/Nie\* |   |
| **Ekran** |  |  |
| 30. | przekątna ekranu min. 8 cala | Tak/Nie\* |   |
| 31. | Kolorowy LCD TFT | Tak/Nie\* |  |
| 32. | Funkcja „sun view” – dobrej widoczności w dużym oświetleniu  | Tak/Nie\* |  |
| **Alarmy** |  |  |
| 33. | alarmy wszystkich monitorowanych funkcji | Tak/Nie\* |  |
| **Drukarka** |  |  |
| 34. | szerokość papieru min. 90 mm | Tak/Nie\* |   |
| 35. | ilość kanałów jednocześnie drukowanych: min. 3 | Tak/Nie\* |  |
| 36. | prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek) | Tak/Nie\* |  |
| **Inne wymagania** |  |  |
| 37. | możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanupacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji | Tak/Nie\* |  |
| 38 | możliwość transmitowania badań ekg i innych danych medycznych z defibrylatora do stacji odbiorczych powszechnie używanych w Polsce (między innymi w Zgierz, Kutno, Tomaszów Mazowiecki, Grodzisk Mazowiecki i ośrodki w Łodzi) | Tak/Nie\* |  |
| 39. |  Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania  | Tak/Nie\* |  |
| 40. | Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP 44  | Tak/Nie\* |  |

**Łączna ilość punktów do uzyskania w kryteriach punktowanych „Parametry techniczne” wynosi 45 pkt.**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… |  ….………………………………………. |
| data |  imię i nazwiskopodpis i pieczęć osoby / osób uprawnionychdo występowania w imieniu Wykonawcy |

\* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca. Niewłaściwe skreślić. **Dopuszcza się wpisanie przez Wykonawcę NIE w kolumnie 3 tabeli dot. wyłącznie pozycji parametrów przyjętych do oceny jakości (kryterium oceny ofert).**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych (obowiązkowych ) parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

\*\* Wykonawca, który składa ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, informuje o tym zamawiającego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

\*\*\* Zamawiający określił stawkę podatku VAT w rozdziale XII ust 7 SIWZ

\*\*\*\* Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia ( np. podać markę, model, typ, rok produkcji).