

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

.....  
(miejsowość i data)

### FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY

Niniejszym oświadczamy, że w postępowaniu o udzielenie zamówienia na „**Dostawę 3 ambulansów sanitarnych w tym: 1 ambulansu sanitarnego podstawowego „P” z wyposażeniem medycznym i 2 ambulansów sanitarnych specjalistycznych „S” z wyposażeniem medycznym**”, ofertę przetargową składa:

.....  
.....  
(nazwa wykonawcy/ów)  
NIP : ..... REGON : .....  
Tel. : ..... Fax : .....

Składamy niniejszą ofertę przetargową we własnym imieniu/jako partner konsorcjum zarządzanego\* przez:

.....  
(nazwa lidera)

Potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiegokolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania.

.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy lub osoby upoważnionej)

\* (niepotrzebne skreślić)

**Oferujemy „Dostawę 3 ambulansów sanitarnych w tym: 1 ambulansu sanitarnego podstawowego „P” z wyposażeniem medycznym i 2 ambulansów sanitarnych specjalistycznych „S” z wyposażeniem medycznym”**

za:

Wartość netto: ..... zł

(słownie: .....)

Wartość brutto : ..... zł

(słownie: .....)

w tym podatek VAT, tj. .... zł

(słownie: .....)

szczegółowe wyliczenie podatku VAT (w przypadku różnych stawek na samochody bazowe i wyposażenie):

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

w tym:

Wartość netto dostawy jednego ambulansu sanitarnego podstawowego z wyposażeniem medycznym wynosi:

..... zł

(słownie: .....)

Wartość brutto dostawy jednego ambulansu sanitarnego podstawowego z wyposażeniem medycznym wynosi:

..... zł

(słownie: .....)

w tym podatek VAT, tj. .... zł

(słownie: .....)

szczegółowe wyliczenie podatku VAT (w przypadku różnych stawek na samochód bazowy i wyposażenie):

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

Wartość netto dostawy jednego ambulansu sanitarnego specjalistycznego z wyposażeniem medycznym wynosi:

..... zł

(słownie: .....) )

Wartość brutto dostawy jednego ambulansu sanitarnego specjalistycznego z wyposażeniem medycznym wynosi:

..... zł

(słownie: .....) )

w tym podatek VAT, tj. .... zł

(słownie: .....) )

szczegółowe wyliczenie podatku VAT (w przypadku różnych stawek na samochód bazy i wyposażenie):

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

**Oświadczamy że:**

- ambulanse odpowiadają polskiej normie PN – EN 1789 lub równoważnej, są fabrycznie nowe, kompletne, wolne od wad konstrukcyjnych, materiałowych i wykonawczych, wyprodukowane w 2009/2010\* roku., spełniają normy emisji spalin EURO 5
- ambulanse posiadają homologację na pojazd skompletowany w kategorii M1/samochód specjalny (sanitarny) wystawioną zgodnie z art. 68 Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity Dz. U. Z 2005 r. Nr 108, poz. 908 z późn. Zm.) oraz spełniają wymogi określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r., w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. Z 2003 r. Nr 32 poz. 262 z późn. zm.), a także posiadają wyposażenie i parametry określone w załączniku 1A
- prześlemy ambulanse Zamawiającemu w ciągu maksymalnie sześciu tygodni, licząc od dnia podpisania umowy

**Zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:**

.....

.....  
( podpis i pieczętka Wykonawcy lub osoby upoważnionej )

\* (niepotrzebne skreślić)

**WYMAGANIA DOTYCZĄCE AMBULANSU SANITARNEGO PODSTAWOWEGO „P”**

L.p.	WYMAGANIA	Parametr wymagany	Proszę wpisać tak/nie
	<b><u>Wymagania w stosunku do nadwozia</u></b>		
1	Ambulans wyprodukowany w 2009/2010 r., DMC do 3,5 t	TAK podać	
2	Nadwozie typu „furgon” zamknięte z izolacją termiczną	TAK	
3	Przedział medyczny wysokości minimum 1810 mm	TAK podać	
4	Długość przedziału medycznego powyżej 3120 mm	TAK podać	
5	Drzwi tylne przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierające się pod kątem powyżej 260 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł	TAK podać kąt otwarcia	
6	Kabina kierowcy oddzielona przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami)	TAK	
7	Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą, wejście ze stopniem automatycznie wysuwany / wsuwany przy otwarciu / zamykaniu drzwi – możliwość ręcznego sterowania stopniem	TAK	
8	Wyposażenie w poduszkę powietrzną dla kierowcy i pasażera	TAK	
9	Wyposażone w centralny zamek, auto alarm i immobilizer	TAK	
10	Wyposażone w szyber dach fabrycznie przystosowany do pełnienia funkcji wyjścia ewakuacyjnego o wymiarach min. 850 mm x 500 mm	TAK	
11	Fabryczny zbiornik paliwa min. 100 l	TAK	
12	Przystosowany do przewozu min. 5 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. (podać ilość osób)	TAK	
13	Światła przeciwmgielne przednie	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do silnika</u></b>		
1	Silnik z zapłonem samoczynnym, Spełniający wymagania normy min. Euro 5	TAK	
2	Moc silnika minimum 105 kW/143 KM	TAK	
3	Moment obrotowy silnika powyżej 310 Nm	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do zawieszenia</u></b>		
1	Zawieszenie przednie: niezależne ze specjalnie wzmocnionymi amortyzatorami, wahacze poprzeczne, stabilizator specjalnie wzmocniony. Zawieszenie tylne: oś sztywna, resory piórowe, amortyzatory,	TAK	
2	Zawieszenie zapewniające przyczepność kół do podłoża ,oraz komfort transportu chorego	TAK	

	<b><u>Wymagania w stosunku do układu hamulcowego</u></b>		
1	Układ hamulcowy hydrauliczny, dwuobwodowy z wspomaganie podciśnieniowym	TAK	
2	Przednie i tylne hamulce tarczowe	TAK	
3	Diagonalny rozdział sił hamowania	TAK	
4	Układ wspomagania nagłego hamowania ABS – system zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania ESP - system elektronicznej stabilizacji toru jazdy ASR - system zapobiegający poślizgowi kół napędowych	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do układu kierowniczego</u></b>	TAK	
1	Układ kierowniczy ze wspomaganie	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do układu ogrzewania i wentylacji</u></b>		
1	Ogrzewanie przedziału medycznego cieczą chłodzącą silnik – nagrzewnica w przedziale medycznym	TAK	
2	Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny z sieci 230V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem	TAK	
3	Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy	TAK	
4	Wyposażona w wentylację nawiewno - wywiewną zapewniającą min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę	TAK	
5	Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału kierowcy i przedziału medycznego, umożliwiający niezależne ogrzanie silnika przed rozruchem, ogrzanie kabiny kierowcy i przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do instalacji elektrycznej</u></b>		
1	Wzmocniony alternator (moc 1,8 KW)	TAK podać moc	
2	Dwa akumulatory o łącznej pojemności min. 195 Ah - jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak ,iż są doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów ,z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek	TAK	
3	Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów	TAK	

	- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju		
4	Minimum 4 Gniazda zasilające 12V w przedziale medycznym	TAK	
5	Halogenowe, rozproszone oświetlenie wnętrza przedziału medycznego	TAK	
6	Punktowe oświetlenie przedziału medycznego	TAK	
7	Wyposażenie w lampę typu „ szperacz ”	TAK	
8	Wyposażenie w przenośny reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do oznakowania pojazdu</u></b>	TAK	
1	Belka świetlna typu stroboskopowego zamontowana w przedniej części pojazdu	TAK podać	
2	W belce zamontowany głośnik o mocy min. 100 W - sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość zmiany modulacji sygnału - możliwość podawania komunikatów głosowych	TAK	
3	Napis lustrzany „ AMBULANS ” z przodu pojazdu	TAK	
4	Dodatkowo 2 niebieskie lampy pulsacyjne typu stroboskopowego barwy niebieskiej na wysokości pasa przedniego	TAK	
5	Dodatkowe sygnały pneumatyczne przystosowane do pracy ciągłej	TAK	
6	Lampa tylna typu stroboskopowego w kolorze niebieskim zamontowana w tylnej części dachu	TAK	
7	Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu	TAK	
8	Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia	TAK	
9	Reflektory zewnętrzne z trzech stron pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego	TAK	
10	Pas odbłaskowy barwy niebieskiej i pas barwy czerwonej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia	TAK	
	<b><u>Wymagania do wyposażenia dodatkowego kabiny kierowcy</u></b>		
1	W kabinie kierowcy zamontowany radioodtwarzacz fabryczny CD z 2 głośnikami	TAK	
2	W kabinie kierowcy zamontowany radiotelefon przewoźny Motorola GM360 lub równoważny Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu W kabinie kierowcy zamontowany terminal statusów DTS wraz z systemem mapowym	TAK	
3	Elektrycznie sterowane szyby w kabinie kierowcy	TAK	
4	Lusterka sterowane elektrycznie i z funkcją odmrażania	TAK	
5	Antena dachowa radiotelefonu o parametrach: - zakres częstotliwości 168-170 MHz - impedancja wejścia 50 Ohm - współczynnik fali stojącej 1,6 - charakterystyka promieniowania	TAK	

	dookólna		
6	Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy oraz w przedziale medycznym widoczna dla kierowcy	TAK	
7	Sygnalizacja dźwiękowa lub wizualna w kabinie kierowcy ostrzegająca go o zbliżaniu się do przeszkody na odległość mniejszą niż 50 cm , podczas wykonywania manewru cofania ambulansu	TAK	
8	Fotel kierowcy regulowany w minimum 3 płaszczyznach z podłokietnikiem zgodnie z wymogami normy PN EN 1789 lub równoważnej i dodatkową regulacją oparcia fotela	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do oświetlenia przedziału medycznego</u></b>		
1	Światło rozproszone (światłówki) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego (6 punktów świetlnych) zapewniające prawidłowe oświetlenie przedziału medycznego	TAK	
2	Dwa halogenowe punkty świetlne nad noszami w suficie, umożliwiające bezpieczną obsługę pacjenta oraz jeden nad blatem roboczym	TAK	
3	Włączenie /wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego	TAK	
4	<b><u>Wymagania w stosunku do instalacji tlenowej i próżni</u></b>		
1	Wyposażony w dwie butle tlenowe o pojemności 10 l (2 x 10 l pod ciśnieniem 150 atm. ), zalegalizowane	TAK	
2	Reduktor tlenowy do butli 10 l (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy; manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi) instalacja tlenowa umożliwiająca zasilanie paneli tlenowych z obu butli jednocześnie lub po wypięciu jednej butli z instalacji	TAK	
3	2 Punkty poboru typu AGA na ścianie bocznej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej - i jeden na suficie z wtykiem do podłączeń zewnętrznych	TAK	
4	Centralna instalacja próżniowa z 1 pkt. ssącym. Regulacja siły ssania z pomiarem podciśnienia. Słój o pojemności 1 litra z tworzywa sztucznego przystosowany do sterylizacji z zaworem antyprzelewowym z możliwością szybkiego demontażu w celu wymiany. Przewód ssący silikonowy zakończony łącznikiem do cewników długość 1,5 metra. (deklaracja zgodności CE na elementy instalacji próżniowej – załączyć do oferty)	TAK	
5	Przewody tlenowe wzmocnione	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do zabudowy przedziału sanitarnego</u></b>		
1	Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne, noszy, fotela kardiologicznego o powierzchni przeciwpoślizgowej, połączonej szczelnie z zabudową ścian	TAK	

2	Ściany boczne i sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, niepalne, nietoksyczne	TAK	
3	Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, zapewniający możliwość montażu butli tlenowych, materaca próżniowego i innego sprzętu (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na klucz schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami)	TAK	
4	Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania 2 szt. walizek lub toreb medycznych, konstrukcja szafek umożliwiająca swobodny dostęp zarówno z wnętrza jak i z zewnątrz przedziału medycznego	TAK	
5	Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przezszkloną przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami);	TAK	
6	Zewnętrzny schowek (tj. odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) o wymiarach umożliwiających montaż w nim dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzeselka kardiologicznego oraz noszy podbierakowych	TAK	
7	Szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną	TAK	
8	Uniwersalny uchwyt na pudełko rękawiczek	TAK	
9	Sufitowe uchwyty do kroplówek na 3 sztuki płynów o pojemności 500 ml	TAK	
10	Meble, zamki i mocowania odporne na przeciążenia 10g zgodnie z normą PN EN 1789 lub równoważną	TAK	
11	Szyna do mocowania sprzętu na ścianie bocznej typu „Modura” o długość 500 mm	TAK	
12	Dwa obrotowe fotele na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zintegrowane z fotelami zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia – podać markę, model fotela i do oferty dołączyć protokoły z badań wytrzymałościowych foteli zgodnie z REG EKG nr 14 i nr 17. Fotel usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem i pasem biodrowym bezwładnościowym – podać markę, model fotela i do oferty dołączyć protokoły z badań wytrzymałościowych foteli zgodnie z REG EKG nr 14 i nr 17.	TAK	
13	Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga ( o 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu	TAK	
14	Wyposażone w urządzenie do wybijania szyb	TAK	
15	Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym	TAK	
16	Kosz na śmieci	TAK	
17	Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa	TAK	
18	Uchwyty ściennie i sufitowe dla personelu	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do wyposażenia medycznego</u></b>	<b>Parametr wymagany</b>	



	<b>NOSZE GŁÓWNE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem	TAK	
2	Konstrukcja z aluminium	TAK	
3	Możliwość ustawienia noszy na transporterze przodem i tyłem do kierunku jazdy	TAK	
4	Płynna regulacja oparcia na min. 6 poziomach do kąta min 75 stopni zgodnie z PN EN 1865 lub równoważną	TAK	
5	Z możliwością ustawienia ramy noszy pod głową pacjenta w trzech pozycjach :na wznak ,z odgięciem głowy do tyłu ,z przygięciem głowy do klatki piersiowej	TAK	
6	Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha	TAK	
7	Z możliwością skrócenia ramy noszy w pozycję krzesła transportowego zgodnie z PN EN 1865 lub równoważną oraz przewożenia pacjenta na noszach w tej pozycji w warunkach ograniczonej przestrzeni np. klatkach schodowych, wąskich i krętych korytarzach (załączyć oryginalną instrukcję obsługi noszy z ilustracją pozycji krzesła transportowego).	TAK	
8	Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. Dodatkowy zestaw rączek bocznych służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze.	TAK	
9	Składane poręcze boczne	TAK	
10	Z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu , przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich pozycji transportowych	TAK	
11	Podpórka na stopy oraz składany statyw na płyny infuzyjne	TAK	
12	Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy oraz dodatkowy komplet pasów służący do zabezpieczenia dzieci w trakcie transportu na noszach. (na dodatkowe pasy załączyć deklarację zgodności CE )	TAK	
13	Całkowite obciążenie min. 220 kg (podać)	TAK	
14	Waga całego zestawu do 51 kg (podać)	TAK	
	<b>TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH</b>	TAK podać typ i markę	
1	Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami	TAK	
2	Regulacja wysokości na min. 6 poziomach	TAK	
3	Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach	TAK	
4	Minimum 4 kółka obrotowe (w zakresie 360 stopni) umożliwiające zarówno jazdę bokiem jak i jazdę na wprost po zablokowaniu dwóch przednich kółek, kółka o średnicy powyżej 12 cm umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach	TAK	
5	System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789 lub równoważnej	TAK	

6	Obciążenie dopuszczalne transportera min. 260 kg	TAK	
7	Waga transportera max. 28 kg (podać)	TAK	
8	Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą	TAK	
9	Musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi	TAK	
	<b>NOSZE PODBIERAJĄCE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonane z tworzywa	TAK	
2	Z zestawem 3 pasów zabezpieczających mocowanych do noszy, ergonomiczne uchwyty transportowe	TAK	
3	Nośność minimum 150 kg	TAK podać nośność	
4	Konstrukcja noszy powinna umożliwiać wykonanie pełnego zdjęcia RTG na poziomie diagnostycznym (głowy, miednicy, kręgosłupa)	TAK	
5	Regulowana długość umożliwiająca dostosowanie długości noszy do wzrostu pacjenta	TAK	
6	Konstrukcja umożliwiająca przenoszenie pacjenta w sposób niesymetryczny	TAK	
7	Konstrukcja noszy zabezpieczające je przed wnikaniem wewnątrz płynów organicznych oraz materiału zakaźnego	TAK	
8	Waga poniżej 9 kg, kolor żółty	TAK	
	<b>DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonana z tworzywa sztucznego, nieodkształcającego się	TAK	
2	Odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury (w zakresie -30 do +70 stopni Celsjusza) i substancje ropopochodne zgodnie z wymogiem normy PN EN 1865 pkt. 4.7.5	TAK	
3	Gładka powierzchnia leżąca pacjenta, pozwalająca na diagnostykę RTG, MRI. Zwężana od strony nóg	TAK	
4	Min 14 zdystansowanych od podłoża dużych otworów transportowych z zamontowanymi trzpieniami po 5 lub więcej po każdej dłuższej stronie deski do mocowania pasów zabezpieczających	TAK	
5	Długość minimum 1800 mm	TAK podać dł.	
6	Waga kompletnej deski max. 8 kg	TAK	
7	Na wyposażeniu „klockowy” system unieruchomienia głowy złożony z podkładki pod głowę, dwóch klocków stabilizujących głowę z otworami na uszy, pasków mocujących głowę	TAK	
8	Cztery szt. regulowanej długości pasów z metalowymi zapięciami, zakończonych metalowymi obrotowymi karabińczykami	TAK	
9	Dokumentacja techniczna – firmowe materiały informacyjne, potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów (załączyć)	TAK	
	<b>KOŁNIERZE ORTOPEDYCZNE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Kołnierz uniwersalny wielorozmiarowy	TAK	
2	Regulacja podparcia potylicy	TAK	

3	Regulacja podparcia żuchwy	TAK	
4	Łatwy dostęp do tchawicy i żył	TAK	
5	Przenikliwy dla promieni X	TAK	
6	Przystosowany do dezynfekcji powszechnie stosowanymi płynami	TAK	
	<b>KOMPLET SZYN PRÓŻNIOWYCH DO UNIERUCHAMIANIA ZŁAMAŃ</b>	TAK podać typ i markę	
1	Komplet trzech szyn do unieruchamiania kończyn dolnych i górnych	TAK	
2	Szyna na przedramię, na rękę i na nogę	TAK	
3	Możliwość szybkiego i bezpiecznego unieruchomienia uszkodzonej kończyny	TAK	
4	Wykonana z tworzywa przenikliwego dla promieni RTG	TAK	
5	Pompka transportowa dwustronna i pokrowiec w komplecie	TAK	
	<b>SSAK BATERYJNO - SIECIOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Ssak przenośny z uchwytem ściennym do karetki, odporny na drgania i wstrząsy	TAK	
2	Ssak przenośny z regulacją siły ssania w zakresie od 0 do 80 kPa	TAK	
3	Słój na wydzielinę z zaworem przelewowym oraz filtrem bakteryjnym w układzie ssania o pojemności 1000 ml	TAK	
4	Możliwość sterylizacji słoja	TAK	
5	Waga poniżej 4 kg	TAK	
6	Czas pracy z baterią w trybie ciągłego ssania minimum 35 minut	TAK	
7	Powierzchnia ssaka łatwa do czyszczenia, wodoszczelna	TAK	
8	Filtr bakteryjny	TAK	
9	Dren silikonowy	TAK	
	<b>SSAK MECHANICZNO - PISTOLETOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Ssak ręczny typu pistoletowego	TAK	
2	W komplecie: 2 pojemniki, cewniki dla dorosłych i dzieci	TAK	
3	Możliwość podłączenia rurki intubacyjnej	TAK	
4	Max. próżnia min. 400 mmHg	TAK	
5	Temp. pracy: min. -10°C - +40°C	TAK	
6	Temp. przechowywania: min -20° - +50°C	TAK	
7	Waga max.: 400g	TAK	
	<b>RESPIRATOR TRANSPORTOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 749-3 lub równoważnej	TAK	
2	Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie pneumatyczne - z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu lub elektryczno- pneumatyczne ze źródła tlenu i instalacji 12 V lub wewnętrznego akumulatora	TAK	
3	Maksymalna waga (bez butli) ≤ 6kg	TAK	
4	Tryb IPPV/ CMV	TAK	
5	Funkcja automatyczna blokady cyklu wentylacji IPPV/ CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z	TAK	

	zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej		
6	Minimalna objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji IPPV/ CMV nie mniejsza niż 150 ml	TAK	
7	Wentylacja bierna 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem regulowanym automatycznie w zależności od podciśnienia w układzie pacjenta	TAK	
8	Czułość wyzwania trybu „na żądanie” - podciśnienie max 5 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
9	Układ pacjenta z zaworem antyinhalecyjnym - możliwość wentylacji biernej z całkowitą izolacją od otoczenia	TAK	
10	Niezależna (oddzielne pokrętła) płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej	TAK	
11	Zakres regulacji częstości oddechowej min. 8-40 cykli/min.	TAK	
12	Zakres regulacji objętości oddechowej min. 80 - 1300 ml	TAK	
13	Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
14	Regulowane ciśnienie końcowo wydechowe (PEEP) w zakresie min. 5-20 cmH <sub>2</sub> O, integralny lub zewnętrzny moduł	TAK	
15	Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 50% (podać wartość znamionową stężenia O <sub>2</sub> deklarowaną w materiałach technicznych producenta)	TAK	
16	Przepływ w trybie wentylacji biernej (na żądanie) regulowany automatycznie w funkcji podciśnienia w układzie pacjenta, min. 0-100 l/min	TAK	
17	Manometr ciśnienia w układzie pacjenta	TAK	
18	Alarm wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu	TAK	
19	Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego	TAK	
20	Uchwyt mocujący respirator na ścianie ambulansu	TAK	
21	Przenośny zestaw tlenowy w konfiguracji: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiająca transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach</li> <li>b) butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O<sub>2</sub>, 400 l O<sub>2</sub> przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm</li> <li>c) reduktor tlenowy z gniazdem AGA O<sub>2</sub> i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min, ciśnienie robocze 200 atm, manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem</li> </ul>	TAK	
22	Silikonowy układ pacjenta do sterylizacji w autoklawie, długość min. 120 cm	TAK	

23	Przewód zasilający zakończony wtykiem szybkozłącza AGA, długość min 120 cm	TAK	
24	Temperatura pracy min. -10° do 45°C	TAK	
25	Temperatura przechowywania min. -20° do 60°C	TAK	
26	Prawidłowa praca w czasie opadów atmosferycznych, stopień ochrony IPX4	TAK	
	<b>DEFIBRYLATOR TRANSPORTOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Zasilanie akumulatorowe zapewniające nieprzerwaną pracę. System wymiany akumulatorów, uniemożliwiający wyłączenie aparatu w trakcie monitorowania pacjenta gdy zachodzi konieczność zmiany akumulatora. Dopuszcza się dodatkowo zasilanie z instalacji ambulansu	TAK	
2	Defibrylacja manualna oraz tryb pracy AED	TAK	
3	Defibrylacja z łyżek zewnętrznych dorosłych i dzieci	TAK	
4	Detekcja zaburzeń rytmu VF/VT	TAK	
5	Możliwość przeprowadzenia kardiowersji	TAK	
6	Monitorowanie 3 lub 12 odprowadzeń	TAK	
7	Wysokokontrastowy ekran typu TFL, EL lub LCD	TAK	
8	Moduł stymulacji przezskórnej	TAK	
9	Moduł SpO2 – Pulsoksymetria, czujnik wielorazowego użytku w komplecie	TAK	
10	Moduł NIBP – nieinwazyjne ciśnienie tętnicze krwi – kpl. mankietów dla wszystkich grup wiekowych	TAK	
11	Moduł ETCO2 – Kapnografia	TAK	
12	Wbudowana drukarka	TAK	
13	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim lub angielskim (komunikaty na ekranie lub komendy głosowe)	TAK	
14	Uchwyt do montażu defibrylatora na ścianie ambulansu	TAK	
15	Możliwość przesyłania danych medycznych m.in. 12-to odprowadzeniowych badań EKG do pracowni hemodynamicznej w Zamościu w systemie transmisji wykorzystywanym dotychczas	TAK	
	<b>KRZESEŁKO TRANSPORTOWE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Składane z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem	TAK	
2	4 kółka w tym min. 2 skrętne	TAK	
3	Teleskopowo wysuwane rączki z przodu o regulowanej długości z możliwością ustawienia ich na min. 2 poziomach wysokości	TAK	
4	Elastyczne pokrycie nylonowo-winyłowe lub równoważne, umożliwiające szybki demontaż / montaż do mycia i dezynfekcji	TAK	
5	Dodatkowe dwie pary rączek nośnych z tyłu, obie pary składane,	TAK	
6	Kpl. 3 pasów bezpieczeństwa	TAK	
7	Dopuszczalne obciążenie krzesła minimum 150 kg	TAK	
8	Waga do 10 kg	TAK	
	<b>POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA</b>	TAK podać typ i markę	
1	Transportowa z zasilaniem akumulatorowo sieciowym	TAK	
2	Przystosowana do polskich strzykawek od 10 ml do 50 ml	TAK	

3	Automatyczne rozpoznawanie strzykawki	TAK	
4	Tryb pracy umożliwiający programowanie w jednostkach wagowych	TAK	
5	Wbudowana biblioteka leków	TAK	
6	Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS	TAK	
7	Wskaźnik ciśnienia infuzji	TAK	
8	Szybkość dozowania dawki uderzeniowej programowana	TAK	
9	Czas pracy do 24 h	TAK	
10	Zasilanie 230 V i 12 V z wtyczką do gniazda w ambulansie	TAK	
11	Uchwyt do montażu pompy na ścianie ambulansu zgodny z wymogami normy PN EN 1789 lub równoważnej z funkcją automatycznego zasilania pompy i ładowania akumulatora po wpięciu pompy do uchwytu	TAK	
	<b>CIŚNIENIOMIERZ STACJONARNY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Ciśnieniomierz stacjonarny	TAK	
2	Możliwość montażu na ścianie ambulansu	TAK	
3	Kosz na mankiety	TAK	
4	Duży czytelny zegar o średnicy min 150 mm	TAK podać	
5	Zakres pomiaru od 0 do 300 mmHg	TAK	
6	Mankiet dla dorosłych w komplecie	TAK	
	<b>STETOSKOP LEKARSKI</b>	TAK podać typ i markę	
1	Stetoskop z podwójną głowicą	TAK	
2	Głowica srebrna oksydowana lub anodyzowana	TAK	
3	Wielkość głowicy minimum 46 mm	TAK	
	<b>PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH</b>	TAK podać typ i markę	
1	Pojemność min. 3 l	TAK	
2	Zakres temp. min +25 stopni C do +37 stopni C	TAK	
3	Zasilanie 12 V, możliwość mocowania do ściany ambulansu	TAK	
4	Czytelny wskaźnik temperatury	TAK	
5	Waga pustego podgrzewacza min. 370 g	TAK	
	<b>GLUKOMETR</b>	TAK podać typ i markę	
1	Aparat do pomiaru stężenia glukozy we krwi	TAK	
2	Łatwy w obsłudze, pozwalający na szybki pomiar	TAK	
3	Duży wyświetlacz	TAK	
4	Wbudowane złącze podczerwieni	TAK	
5	Możliwość transmisji danych do komputera	TAK	
	<b>WOREK RESUSCYTACYJNY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Uniwersalny dla wszystkich grup wiekowych ze wskazanymi punktami ucisku dla właściwej pojemności, wentylacji	TAK	
2	Ciśnienie wentylacji dobierane automatycznie do odpowiedniej grupy wiekowej	TAK	
3	Silikonowy, z możliwością sterylizacji wszystkich elementów w autoklawie	TAK	

4	Kpl. 3 masek silikonowych z nadmuchiwanym kołnierzem	TAK	
5	Uchwyt na rękę zapobiegający wyslizgnięciu podczas wentylacji	TAK	
	<b>TORBO-PLECAK Z WYPOSAŻENIEM</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonany z tworzywa umożliwiającego czyszczenie i dezynfekcję, komora główna przeznaczona do umieszczenia zestawu tlenowego, worka ssaka, min. 5 bocznych kieszeni pozwalających na umieszczenie potrzebnego sprzętu i materiału medycznego, system gumek i rzepów do mocowania samego sprzętu	TAK	
	<b>WYPOSAŻENIE PLECAKA</b>	TAK	
1	Butla tlenowa aluminiowa o poj. 2 l	TAK	
2	Reduktor tlenowy 0-25 l / min	TAK	
3	Laryngoskop światłowodowy z kompletem łyżek typu Macintosh 1,2,3,4 (podać producenta, model, załączyć deklarację zgodności CE )	TAK	
4	Ciśnieniomierz przenośny zegarowy z mankietem dla dorosłych zapinany na rzep	TAK	
5	Urządzenie do zakładania wkłuc doszpikowych o napędzie elektrycznym (bateria bezobsługowa)	TAK	
6	Prowadnice do rurek intubacyjnych 5 szt.	TAK	
7	Rurka Combitube dla dorosłych	TAK	
8	Maski do tlenoterapii, maski ze zwężką Venturiego, maski na tracheotomię po 1 szt.	TAK	
9	Zestaw rurek ustno gardłowych, rurka Combitube dla dorosłych	TAK	
10	Zestaw do drenażu opłucnej z zastawką bezzwrotną	TAK	
11	Filtry oddechowe 3 szt.	TAK	
12	Łopatka do języka	TAK	
13	Latarka diagnostyczna	TAK	
14	Nożyczki ratownicze	TAK	
15	Kleszczyki Magilla dla dorosłych	TAK	
16	Kleszczyki Pean dla dorosłych	TAK	
	<b>TORBA OPATRUNKOWA</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonana z łatwego do czyszczenia i dezynfekcji materiału, kolor czerwony	TAK	
2	Torba wyposażona w min. 2 komory oraz system gumek i rzepów do mocowania samego sprzętu	TAK	
3	Min. 3 kieszenie zewnętrzne zamykane na zamek	TAK	
4	Całość zamykana na zamki błyskawiczne	TAK	
5	Uchwyty umożliwiające transport w rękę oraz pasek na ramię	TAK	
	<b>WYPOSAŻENIE TORBY</b>	TAK	
1	Nożyczki opatrunkowe	TAK	
2	Zestaw porodowy	TAK	
	<b>INNE WYMAGANIA</b>		
1	Posiadane atesty dopuszczające stosowanie przedmiotu oferty do użycia w placówkach publicznej służby zdrowia, zgodne z ust. z dn. 21 kwietnia 2004 o wyrobach medycznych	TAK załączyć do oferty posiadane atesty	
2	Karetka posiada homologację jako pojazd specjalny – M1/samochód sanitarny	TAK załączyć do oferty posiadaną homologację	
3	Instrukcja obsługi przedmiotu oferty w jęz. polskim (	TAK	



	dopuszcza się załączenia w formie elektronicznej na płycie CD-R)	dostarczyć z przedmiotem zamówienia	
4	Wszelkie posiadane materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty ( prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w jęz. polskim lub angielskim)	TAK załączyć do oferty	
5	Przedmiot oferty będzie fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2009	TAK	
6	Oświadczamy, że przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów	TAK	
	<b>WARUNKI SERWISOWE</b>		
1	Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski	TAK podać	
2	Punkty serwisowe w Polsce, lokalizacja ( adres, nr tel., fax)	TAK podać	
	<b>GWARANCJA</b>		
1	Gwarancja mechaniczna min. 24 m-ce bez limitu kilometrów licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	
2	Gwarancja na lakier min. 36 m-cy licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	
3	Gwarancja na perforację min. 44 m-ce licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	
4	Gwarancja na zabudowę medyczną i sprzęt min. 24 m-ce ale nie dłużej niż 48 m-cy licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	

**WYMAGANIA DOTYCZĄCE AMBULANSU SANITARNEGO SPECJALISTYCZNEGO „S”**

L.p.	WYMAGANIA	Parametr wymagany	Proszę wpisać tak/nie
	<b><u>Wymagania w stosunku do nadwozia</u></b>		
1	Ambulans wyprodukowany w 2009/2010 r., DMC do 3,5 t	TAK podać	
2	Nadwozie typu „furgon” zamknięte z izolacją termiczną	TAK	
3	Przedział medyczny wysokości minimum 1810 mm	TAK podać	
4	Długość przedziału medycznego powyżej 3120 mm	TAK podać	
5	Drzwi tylne przeszkłone, dwuskrzydłowe, otwierające się pod kątem powyżej 260 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł	TAK podać kąt otwarcia	



6	Kabina kierowcy oddzielona przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami)	TAK	
7	Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieraną szybą, wejście ze stopniem automatycznie wysuwany / wsuwany przy otwarciu / zamykaniu drzwi – możliwość ręcznego sterowania stopniem	TAK	
8	Wyposażenie w poduszkę powietrzną dla kierowcy i pasażera	TAK	
9	Wyposażone w centralny zamek, auto alarm i immobilizer	TAK	
10	Wyposażone w szyber dach fabrycznie przystosowany do pełnienia funkcji wyjścia ewakuacyjnego o wymiarach min. 850 mm x 500 mm	TAK	
11	Fabryczny zbiornik paliwa min. 100 l	TAK	
12	Przystosowany do przewozu min. 5 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. (podać ilość osób)	TAK	
13	Światła przeciwmgielne przednie	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do silnika</u></b>		
1	Silnik z zapłonem samoczynnym, Spełniający wymagania normy min. Euro 5	TAK	
2	Moc silnika minimum 105 kW/143 KM	TAK	
3	Moment obrotowy silnika powyżej 310 Nm	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do zawieszenia</u></b>		
1	Zawieszenie przednie: niezależne ze specjalnie wzmocnionymi amortyzatorami, wahacze poprzeczne, stabilizator specjalnie wzmocniony. Zawieszenie tylne: oś sztywna, resory piórowe, amortyzatory,	TAK	
2	Zawieszenie zapewniające przyczepność kół do podłoża ,oraz komfort transportu chorego	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do układu hamulcowego</u></b>		
1	Układ hamulcowy hydrauliczny, dwuobwodowy z wspomaganiem podciśnieniowym	TAK	
2	Przednie i tylne hamulce tarczowe	TAK	
3	Diagonalny rozdział sił hamowania	TAK	
4	Układ wspomaganie nagłego hamowania ABS – system zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania ESP - system elektronicznej stabilizacji toru jazdy ASR - system zapobiegający poślizgowi kół napędowych	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do układu kierowniczego</u></b>	TAK	
1	Układ kierowniczy ze wspomaganiem	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do układu ogrzewania i wentylacji</u></b>		

1	Ogrzewanie przedziału medycznego cieczą chłodzącą silnik – nagrzewnica w przedziale medycznym	TAK	
2	Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego-grzejnik elektryczny z sieci 230V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem	TAK	
3	Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy	TAK	
4	Wyposażona w wentylację nawiewno - wywiewną zapewniającą min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę	TAK	
5	Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału kierowcy i przedziału medycznego, umożliwiający niezależne ogrzanie silnika przed rozruchem, ogrzanie kabiny kierowcy i przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury i termostatem	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do instalacji elektrycznej</u></b>		
1	Wzmocniony alternator (moc 1,8 KW)	TAK podać moc	
2	Dwa akumulatory o łącznej pojemności min. 195 Ah - jeden do rozruchu silnika ,drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak ,iż są doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów ,z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek	TAK	
3	Zasilanie zewn. 230 V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym - układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12 V oraz skuteczne ładowanie akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów - widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory na postoju	TAK	
4	Minimum 4 Gniazda zasilające 12V w przedziale medycznym	TAK	
5	Halogenowe, rozproszone oświetlenie wnętrza przedziału medycznego	TAK	
6	Punktowe oświetlenie przedziału medycznego	TAK	
7	Wyposażenie w lampę typu „ szperacz ”	TAK	
8	Wyposażenie w przenośny reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do oznakowania pojazdu</u></b>	TAK	
1	Belka świetlna typu stroboskopowego zamontowana w przedniej części pojazdu	TAK podać	
2	W belce zamontowany głośnik o mocy min. 100 W - sygnał dźwiękowy modulowany - możliwość zmiany modulacji sygnału - możliwość podawania komunikatów głosowych	TAK	

3	Napis lustrzany „ AMBULANS ” z przodu pojazdu	TAK	
4	Dodatkowo 2 niebieskie lampy pulsacyjne typu stroboskopowego barwy niebieskiej na wysokości pasa przedniego	TAK	
5	Dodatkowe sygnały pneumatyczne przystosowane do pracy ciągłej	TAK	
6	Lampa tylna typu stroboskopowego w kolorze niebieskim zamontowana w tylnej części dachu	TAK	
7	Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu	TAK	
8	Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia	TAK	
9	Reflektory zewnętrzne z trzech stron pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego	TAK	
10	Pas odbłaskowy barwy niebieskiej i pas barwy czerwonej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia	TAK	
	<b><u>Wymagania do wyposażenia dodatkowego kabiny kierowcy</u></b>		
1	W kabinie kierowcy zamontowany radioodtwarzacz fabryczny CD z 2 głośnikami	TAK	
2	W kabinie kierowcy zamontowany radiotelefon przewoźny Motorola GM360 lub równoważny Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu W kabinie kierowcy zamontowany terminal statusów DTS wraz z systemem mapowym	TAK	
3	Elektrycznie sterowane szyby w kabinie kierowcy	TAK	
4	Lusterka sterowane elektrycznie i z funkcją odmrażania	TAK	
5	Antena dachowa radiotelefonu o parametrach: - zakres częstotliwości 168-170 MHz - impedancja wejścia 50 Ohm - współczynnik fali stojącej 1,6 - charakterystyka promieniowania dookólna	TAK	
6	Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy oraz w przedziale medycznym widoczna dla kierowcy	TAK	
7	Sygnalizacja dźwiękowa lub wizualna w kabinie kierowcy ostrzegająca go o zbliżaniu się do przeszkody na odległość mniejszą niż 50 cm , podczas wykonywania manewru cofania ambulansu	TAK	
8	Fotel kierowcy regulowany w minimum 3 płaszczyznach z podłokietnikiem zgodnie z wymogami normy PN EN 1789 lub równoważnej i dodatkową regulacją oparcia fotela	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do oświetlenia przedziału medycznego</u></b>		
1	Światło rozproszone (światłówki) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego (6 punktów świetlnych) zapewniające prawidłowe	TAK	

	oświetlenie przedziału medycznego		
2	Dwa halogenowe punkty świetlne nad noszami w suficie, umożliwiające bezpieczną obsługę pacjenta oraz jeden nad blatem roboczym	TAK	
3	Włączenie /wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do instalacji tlenowej i próżni</u></b>		
1	Wyposażony w dwie butle tlenowe o pojemności 10 l (2 x 10 l pod ciśnieniem 150 atm. ), zalegalizowane	TAK	
2	Reduktor tlenowy do butli 10 l (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy; manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi) instalacja tlenowa umożliwiająca zasilanie paneli tlenowych z obu butli jednocześnie lub po wypięciu jednej butli z instalacji	TAK	
3	2 Punkty poboru typu AGA na ścianie bocznej – gniazdo o budowie monoblokowej panelowej - i jeden na suficie z wtykiem do podłączeń zewnętrznych	TAK	
4	Centralna instalacja próżniowa z 1 pkt. ssącym. Regulacja siły ssania z pomiarem podciśnienia. Słój o pojemności 1 litra z tworzywa sztucznego przystosowany do sterylizacji z zaworem antyprzelewowym z możliwością szybkiego demontażu w celu wymiany. Przewód ssący silikonowy zakończony łącznikiem do cewników długość 1,5 metra. (deklaracja zgodności CE na elementy instalacji próżniowej – załączyć do oferty)	TAK	
5	Przewody tlenowe wzmocnione	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do zabudowy przedziału sanitarnego</u></b>		
1	Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne, noszy, fotela kardiologicznego o powierzchni przeciw poślizgowej, połączonej szczelnie z zabudową ścian	TAK	
2	Ściany boczne i sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, niepalne, nietoksyczne	TAK	
3	Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, zapewniający możliwość montażu butli tlenowych, materaca próżniowego i innego sprzętu (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na klucz schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami)	TAK	
4	Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania 2 szt. walizek lub toreb medycznych, konstrukcja szafek umożliwiająca swobodny dostęp zarówno z wnętrza jak i z zewnątrz przedziału medycznego	TAK	
5	Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przeszkloną przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu	TAK	

	przedziałów (przegroda z drzwiami);		
6	Zewnętrzny schowek (tj. odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu) o wymiarach umożliwiających montaż w nim dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzeselka kardiologicznego oraz noszy podbierakowych	TAK	
7	Szafka z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną	TAK	
8	Uniwersalny uchwyt na pudełko rękawiczek	TAK	
9	Sufitowe uchwyty do kroplówek na 3 sztuki płynów o pojemności 500 ml	TAK	
10	Meble, zamki i mocowania odporne na przeciążenia 10g zgodnie z normą PN EN 1789 lub równoważną	TAK	
11	Szyna do mocowania sprzętu na ścianie bocznej typu „Modura” o długość 500 mm	TAK	
12	Dwa obrotowe fotele na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zintegrowane z fotelami zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia – podać markę, model fotela i do oferty dołączyć protokoły z badań wytrzymałościowych foteli zgodnie z REG EKG nr 14 i nr 17. Fotel usytuowany tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem i pasem biodrowym bezwładnościowym – podać markę, model fotela i do oferty dołączyć protokoły z badań wytrzymałościowych foteli zgodnie z REG EKG nr 14 i nr 17.	TAK	
13	Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga ( o 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu	TAK	
14	Wyposażone w urządzenie do wybijania szyb	TAK	
15	Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym	TAK	
16	Kosz na śmieci	TAK	
17	Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa	TAK	
18	Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu	TAK	
	<b><u>Wymagania w stosunku do wyposażenia medycznego</u></b>	<b>Parametr wymagany</b>	
	<b>NOSZE GŁÓWNE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem	TAK	
2	Konstrukcja z aluminium	TAK	
3	Możliwość ustawienia noszy na transporterze przodem i tyłem do kierunku jazdy	TAK	
4	Płynna regulacja oparcia na min. 6 poziomach do kąta min 75 stopni zgodnie z PN EN 1865 lub równoważną	TAK	
5	Z możliwością ustawienia ramy noszy pod głową pacjenta w trzech pozycjach :na wznak ,z odgięciem głowy do tyłu ,z przygięciem głowy do klatki piersiowej	TAK	
6	Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha	TAK	
7	Z możliwością skrócenia ramy noszy w pozycję krzesła transportowego zgodnie z PN EN 1865 lub równoważną oraz przewożenia pacjenta na noszach	TAK	

	w tej pozycji w warunkach ograniczonej przestrzeni np. klatkach schodowych, wąskich i krętych korytarzach (załączyć oryginalną instrukcję obsługi noszy z ilustracją pozycji krzesła transportowego).		
8	Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. Dodatkowy zestaw rączek bocznych służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze.	TAK	
9	Składane poręcze boczne	TAK	
10	Z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich pozycji transportowych	TAK	
11	Podpórka na stopy oraz składany statyw na płyny infuzyjne	TAK	
12	Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy oraz dodatkowy komplet pasów służący do zabezpieczenia dzieci w trakcie transportu na noszach. (na dodatkowe pasy załączyć deklarację zgodności CE)	TAK	
13	Całkowite obciążenie min. 220 kg (podać)	TAK	
14	Waga całego zestawu do 51 kg (podać)	TAK	
	<b>TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH</b>	TAK podać typ i markę	
1	Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami	TAK	
2	Regulacja wysokości na min. 6 poziomach	TAK	
3	Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach	TAK	
4	Minimum 4 kółka obrotowe (w zakresie 360 stopni) umożliwiające zarówno jazdę bokiem jak i jazdę na wprost po zablokowaniu dwóch przednich kółek, kółka o średnicy powyżej 12 cm umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach	TAK	
5	System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789 lub równoważnej	TAK	
6	Obciążenie dopuszczalne transportera min. 260 kg	TAK	
7	Waga transportera max. 28 kg (podać)	TAK	
8	Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą	TAK	
9	Musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi	TAK	
	<b>NOSZE PODBIERAJĄCE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonane z tworzywa	TAK	
2	Z zestawem 3 pasów zabezpieczających mocowanych do noszy, ergonomiczne uchwyty transportowe	TAK	
3	Nośność minimum 150 kg	TAK podać nośność	
4	Konstrukcja noszy powinna umożliwiać wykonanie pełnego zdjęcia RTG na poziomie diagnostycznym	TAK	



	(głowy, miednicy, kręgosłupa)		
5	Regulowana długość umożliwiająca dostosowanie długości noszy do wzrostu pacjenta	TAK	
6	Konstrukcja umożliwiająca przenoszenie pacjenta w sposób niesymetryczny	TAK	
7	Konstrukcja noszy zabezpieczające je przed wnikaniem wewnątrz płynów organicznych oraz materiału zakaźnego	TAK	
8	Waga poniżej 9 kg, kolor żółty	TAK	
	<b>DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonana z tworzywa sztucznego, nieodkształcającego się	TAK	
2	Odporna na urazy mechaniczne, niskie i wysokie temperatury (w zakresie -30 do +70 stopni Celsjusza) i substancje ropopochodne zgodnie z wymogiem normy PN EN 1865 pkt. 4.7.5	TAK	
3	Gładka powierzchnia leżąca pacjenta, pozwalająca na diagnostykę RTG, MRI. Zwięzana od strony nóg	TAK	
4	Min 14 zdystansowanych od podłoża dużych otworów transportowych z zamontowanymi trzpieniami po 5 lub więcej po każdej dłuższej stronie deski do mocowania pasów zabezpieczających	TAK	
5	Długość minimum 1800 mm	TAK podać dł.	
6	Waga kompletnej deski max. 8 kg	TAK	
7	Na wyposażeniu „klockowy” system unieruchomienia głowy złożony z podkładki pod głowę, dwóch klocków stabilizujących głowę z otworami na uszy, pasków mocujących głowę	TAK	
8	Cztery szt. regulowanej długości pasów z metalowymi zapięciami, zakończonych metalowymi obrotowymi karabińczykami	TAK	
9	Dokumentacja techniczna – firmowe materiały informacyjne, potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów (załączyć)	TAK	
	<b>DESKA ORTOPEDYCZNA-PEDIATRYCZNA</b>	TAK podać typ i markę	
1.	Deska ortopedyczna pediatryczna	TAK	
2	Przeznaczona do zabezpieczenia poszkodowanego do lat 10	TAK	
3	Przenikliwa dla promieni X	TAK	
4	Wyposażona w zintegrowany (wbudowany) system pediatrycznego unieruchomienia głowy	TAK	
5	System kodowania kolorami pasów zabezpieczających	TAK	
6	Wbudowane min. 4 uchwyty do przenoszenia	TAK	
7	System mocowania na noszach głównych w ambulansie	TAK	
8	Długość min 120 cm	TAK	
9	Dopuszczalne obciążenie min 40 kg	TAK	
10	Wyposażona w pokrowiec ochronny	TAK	
11	Dla wyrobów medycznych dołączyć dokumenty dopuszczające wyrób do użytkowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z 20.04.2004r.	TAK	
12	Dokumentacja techniczna – firmowe materiały informacyjne, potwierdzające spełnienie wymaganych	TAK	

	parametrów (załączyć)		
	<b>KOŁNIERZE ORTOPEDYCZNE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Kołnierz uniwersalny wielorozmiarowy	TAK	
2	Regulacja podparcia potylicy	TAK	
3	Regulacja podparcia żuchwy	TAK	
4	Łatwy dostęp do tchawicy i żył	TAK	
5	Przenikliwy dla promieni X	TAK	
6	Przystosowany do dezynfekcji powszechnie stosowanymi płynami	TAK	
	<b>KOMPLET SZYN PRÓŻNIOWYCH DO UNIERUCHAMIANIA ZŁAMAŃ</b>	TAK podać typ i markę	
1	Komplet trzech szyn do unieruchamiania kończyn dolnych i górnych	TAK	
2	Szyna na przedramię, na rękę i na nogę	TAK	
3	Możliwość szybkiego i bezpiecznego unieruchomienia uszkodzonej kończyny	TAK	
4	Wykonana z tworzywa przenikliwego dla promieni RTG	TAK	
5	Pompka transportowa dwustronna i pokrowiec w komplecie	TAK	
	<b>SSAK BATERYJNO - SIECIOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Ssak przenośny z uchwytem ściennym do karetki, odporny na drgania i wstrząsy	TAK	
2	Ssak przenośny z regulacją siły ssania w zakresie od 0 do 80 kPa	TAK	
3	Słój na wydzielinę z zaworem przelewowym oraz filtrem bakteryjnym w układzie ssania o pojemności 1000 ml	TAK	
4	Możliwość sterylizacji słoja	TAK	
5	Waga poniżej 4 kg	TAK	
6	Czas pracy z baterią w trybie ciągłego ssania minimum 35 minut	TAK	
7	Powierzchnia ssaka łatwa do czyszczenia, wodoszczelna	TAK	
8	Filtr bakteryjny	TAK	
9	Dren silikonowy	TAK	
	<b>SSAK MECHANICZNO - PISTOLETOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Ssak ręczny typu pistoletowego	TAK	
2	W komplecie: 2 pojemniki, cewniki dla dorosłych i dzieci	TAK	
3	Możliwość podłączenia rurki intubacyjnej	TAK	
4	Max. próżnia min. 400 mmHg	TAK	
5	Temp. pracy: min. -10°C - +40°C	TAK	
6	Temp. przechowywania: min -20° - +50°C	TAK	
7	Waga max.: 400g	TAK	
	<b>RESPIRATOR TRANSPORTOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Respirator do terapii oddechowej w trakcie transportu zgodny z wymaganiami normy PN-EN 749-3 lub równoważnej	TAK	
2	Zasilanie i sterowanie pracą respiratora wyłącznie pneumatyczne - z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu lub elektryczno- pneumatyczne ze źródła tlenu i instalacji 12 V lub wewnętrznego akumulatora	TAK	



3	Maksymalna waga (bez butli) $\leq$ 6kg	TAK	
4	Tryb IPPV/ CMV	TAK	
5	Funkcja automatyczna blokady cyklu wentylacji IPPV/ CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta - z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej	TAK	
6	Minimalna objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji IPPV/ CMV nie mniejsza niż 150 ml	TAK	
7	Wentylacja bierna 100% tlenem - oddech „na żądanie” (integralna funkcja respiratora) z przepływem regulowanym automatycznie w zależności od podciśnienia w układzie pacjenta	TAK	
8	Czułość wyzwiania trybu „na żądanie” - podciśnienie max 5 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
9	Układ pacjenta z zaworem antyinhacyjnym - możliwość wentylacji biernej z całkowitą izolacją od otoczenia	TAK	
10	Niezależna (oddzielne pokrętki) płynna regulacja częstości oddechowej i objętości oddechowej	TAK	
11	Zakres regulacji częstości oddechowej min. 8-40 cykli/min.	TAK	
12	Zakres regulacji objętości oddechowej min. 80 - 1300 ml	TAK	
13	Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cmH <sub>2</sub> O	TAK	
14	Regulowane ciśnienie końcowo wydechowe (PEEP) w zakresie min. 5-20 cmH <sub>2</sub> O, integralny lub zewnętrzny moduł	TAK	
15	Minimum 2 poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/ CMV, 100 i max 50% (podać wartość znamionową stężenia O <sub>2</sub> deklarowaną w materiałach technicznych producenta)	TAK	
16	Przepływ w trybie wentylacji biernej (na żądanie) regulowany automatycznie w funkcji podciśnienia w układzie pacjenta, min. 0-100 l/min	TAK	
17	Manometr ciśnienia w układzie pacjenta	TAK	
18	Alarm wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu	TAK	
19	Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego	TAK	
20	Uchwyt mocujący respirator na ścianie ambulansu	TAK	
21	Przenośny zestaw tlenowy w konfiguracji: <ul style="list-style-type: none"> <li>s) torba transportowa z kieszeniami i uchwytami do mocowania drobnego sprzętu medycznego, umożliwiającą transport zestawu w ręku, na ramieniu i na plecach</li> <li>t) butla tlenowa aluminiowa 2,7 l O<sub>2</sub>, 400 l O<sub>2</sub> przy ciśnieniu 150 atm, możliwość napełniania do 200 atm</li> <li>u) reduktor tlenowy z gniazdem AGA O<sub>2</sub> i przepływomierzem obrotowym 0-25 l/min,</li> </ul>	TAK	

	ciśnienie robocze 200 atm, manometr w osłonie zabezpieczającej przed uszkodzeniem		
22	Silikonowy układ pacjenta do sterylizacji w autoklawie, długość min. 120 cm	TAK	
23	Przewód zasilający zakończony wtykiem szybkozłącza AGA, długość min 120 cm	TAK	
24	Temperatura pracy min. -10° do 45°C	TAK	
25	Temperatura przechowywania min. -20° do 60°C	TAK	
26	Prawidłowa praca w czasie opadów atmosferycznych, stopień ochrony IPX4	TAK	
	<b>PULSOKSYMETR PRZENOŚNY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Pulsoksymetr ręczny o niewielkich gabarytach posiadający temperaturę pracy w zakresie minimalnym od -20°C do + 50°C (podać)	TAK	
2	Waga max 0,3 kg (z bateriami)	TAK	
3	Zasilanie bateryjne – baterie ogólnodostępne	TAK	
4	Czas pracy na 1 komplecie baterii min 100 godzin	TAK	
5	Zakres pomiaru SpO2 min. 1-100%	TAK	
6	Zakres pomiaru pulsu min. 20-300 / min	TAK	
7	Wyświetlacz cyfrowy typu LED	TAK	
8	Wskaźnik perfuzji / jakość sygnału	TAK	
9	Czujnik wielorazowy typu klips na palec	TAK	
10	Możliwość podłączenia czujników jedno i wielorazowych dla różnych grup wiekowych	TAK	
11	Pamięć wewnętrzna min.18 godzin	TAK	
12	Gwarancja 36 miesięcy	TAK	
13	Dokumentacja techniczna – firmowe materiały informacyjne, potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów (załączyć)	TAK	
	<b>DEFIBRYLATOR TRANSPORTOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Zasilanie akumulatorowe zapewniające nieprzerwaną pracę. System wymiany akumulatorów, uniemożliwiający wyłączenie aparatu w trakcie monitorowania pacjenta gdy zachodzi konieczność zmiany akumulatora. Dopuszcza się dodatkowo zasilanie z instalacji ambulansu	TAK	
2	Defibrylacja manualna oraz tryb pracy AED	TAK	
3	Defibrylacja z łyżek zewnętrznych dorosłych i dzieci	TAK	
4	Detekcja zaburzeń rytmu VF/VT	TAK	
5	Możliwość przeprowadzenia kardiowersji	TAK	
6	Monitorowanie 3 lub 12 odprowadzeń	TAK	
7	Wysokokontrastowy ekran typu TFL, EL lub LCD	TAK	
8	Moduł stymulacji przezskórnej	TAK	
9	Moduł SpO2 – Pulsoksymeria, czujnik wielorazowego użytku w komplecie	TAK	
10	Moduł NIBP – nieinwazyjne ciśnienie tętnicze krwi – kpl. mankietów dla wszystkich grup wiekowych	TAK	
11	Moduł ETCO2 – Kapnografia	TAK	

12	Wbudowana drukarka	TAK	
13	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim lub angielskim (komunikaty na ekranie lub komendy głosowe)	TAK	
14	Uchwyt do montażu defibrylatora na ścianie ambulansu	TAK	
15	Możliwość przesyłania danych medycznych m.in. 12-to odprowadzeniowych badań EKG do pracowni hemodynamicznej w Zamościu w systemie transmisji wykorzystywanym dotychczas	TAK	
	<b>KRZESEŁKO TRANSPORTOWE</b>	TAK podać typ i markę	
1	Składane z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem	TAK	
2	4 kółka w tym min. 2 skrętne	TAK	
3	Teleskopowo wysuwane rączki z przodu o regulowanej długości z możliwością ustawienia ich na min. 2 poziomach wysokości	TAK	
4	Elastyczne pokrycie nylonowo-winyłowe lub równoważne, umożliwiające szybki demontaż / montaż do mycia i dezynfekcji	TAK	
5	Dodatkowe dwie pary rączek nośnych z tyłu, obie pary składane,	TAK	
6	Kpl. 3 pasów bezpieczeństwa	TAK	
7	Dopuszczalne obciążenie krzesła minimum 150 kg	TAK	
8	Waga do 10 kg	TAK	
	<b>POMPA INFUZYJNA DWUSTRZYKAWKOWA</b>	TAK podać typ i markę	
1	Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa fabrycznie nowa, posiadająca niezależne programowanie obydwu strzykawk	TAK	
2	Producent	Podać	
3	Model/typ	Podać	
4	Rok produkcji	Podać	
5	Możliwość stosowania strzykawk o różnych pojemnościach: 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml	TAK	
6	Możliwość stosowania strzykawk różnych producentów – krajowych i zagranicznych (min 4)	TAK, podać min. 4 producentów	
7	Automatyczne rozpoznawanie strzykawk	TAK	
8	<b>- Zakres szybkości dozowania 0,1 - 500 ml/h</b>	TAK	
9	Dokładność szybkości dozowania	TAK, podać	
10	Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu	TAK	
11	Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej. Bolus do 2000 ml/h.	TAK	
12	Programowane ciśnienie okluzji min. 4 stopnie	TAK, podać	
13	Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji	TAK	
14	Możliwość zablokowania przycisków klawiatury	TAK	
15	Możliwość programowania nazwy oddziału	TAK	
16	Wewnętrzna lista leków z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika	TAK	
17	Możliwość pracy w min 4 opcjach: prędkość, prędkość i objętość, prędkość i czas, objętość i czas	TAK	
18	Funkcja Stand-By	TAK	
19	Funkcja KVO	TAK	
20	Historia infuzji	TAK	
21	System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających	TAK	

	życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy)		
22	Wszystkie komunikaty w języku polskim	TAK	
23	Uchwyt obrotowy umożliwiający mocowanie	TAK	
24	Zasilanie sieciowe 230 V / 50 Hz +/- 10% (zasilacz wewnętrzny)	TAK	
25	Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe min 8h przy przepływie 5 ml/h	TAK, podać	
26	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK	
27	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
28	Gwarancja na akumulator min 12 miesięcy	TAK	
	<b>MATERAC PRÓŻNIOWY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Materac do transportu pacjentów urazowych na poszczególnych etapach ewakuacji w tym w transporcie lotniczym	TAK	
2	Możliwości zastosowania: - Unieruchomienie i stabilizacja pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy oraz z urazami wielonarządowymi - Transport pacjentów urazowych poprzez przenoszenie - Transport pacjentów w materacu na noszach specjalistycznych – noszach karetkowych oraz w koszu ratowniczym - Możliwość wykonywania zdjęć Rtg pacjenta w materacu	TAK	
3	W konfiguracji : - materac podciśnieniowy - dodatkowa podłoga ochronna – dopinana - pompka dwukierunkowa - zestaw naprawczy z łatami i klejem - torba transportowa na zestaw, kolor czerwony	TAK	
4	Konstrukcja: - materiał : - powłoka wytrzymała - łatwo zmywalna - nie wchłaniająca płynów - wypełnienie granulat z tworzywa sztucznego - zawór powietrzny – obrotowy - wbudowane w obrys materaca (lub podobne) - ergonomiczne uchwyty transportowe (min 8 szt. - wbudowane min 3 pasy zabezpieczające - wbudowany system szybkiego montażu i wymiany podłogi	TAK	
5	Materac odporny na zmiany temperatur, smary i substancje ropopochodne		
6	Wymiary materaca : długość – min 210 cm szerokość – min 80 cm		
	<b>CIŚNIENIOMIERZ STACJONARNY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Ciśnieniomierz stacjonarny	TAK	
2	Możliwość montażu na ścianie ambulansu	TAK	
3	Kosz na mankiety	TAK	

4	Duży czytelny zegar o średnicy min 150 mm	TAK podać	
5	Zakres pomiaru od 0 do 300 mmHg	TAK	
6	Mankiet dla dorosłych w komplecie	TAK	
	<b>STETOSKOP LEKARSKI</b>	TAK podać typ i markę	
1	Stetoskop z podwójną głowicą	TAK	
2	Głowica srebrna oksydowana lub anodyzowana	TAK	
3	Wielkość głowicy minimum 46 mm	TAK	
	<b>PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH</b>	TAK podać typ i markę	
1	Pojemność min. 3 l	TAK	
2	Zakres temp. min +25 stopni C do +37 stopni C	TAK	
3	Zasilanie 12 V, możliwość mocowania do ściany ambulansu	TAK	
4	Czytelny wskaźnik temperatury	TAK	
5	Waga pustego podgrzewacza min. 370 g	TAK	
	<b>GLUKOMETR</b>	TAK podać typ i markę	
1	Aparat do pomiaru stężenia glukozy we krwi	TAK	
2	Łatwy w obsłudze, pozwalający na szybki pomiar	TAK	
3	Duży wyświetlacz	TAK	
4	Wbudowane złącze podczerwieni	TAK	
5	Możliwość transmisji danych do komputera	TAK	
	<b>WOREK RESUSCYTACYJNY</b>	TAK podać typ i markę	
1	Uniwersalny dla wszystkich grup wiekowych ze wskazanymi punktami ucisku dla właściwej pojemności, wentylacji	TAK	
2	Ciśnienie wentylacji dobierane automatycznie do odpowiedniej grupy wiekowej	TAK	
3	Silikonowy, z możliwością sterylizacji wszystkich elementów w autoklawie	TAK	
4	Kpl. 3 masek silikonowych z nadmuchiwanym kołnierzem	TAK	
5	Uchwyt na rękę zapobiegający wyslizgnięciu podczas wentylacji	TAK	
	<b>TORBO-PLECAK Z WYPOSAŻENIEM</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonany z tworzywa umożliwiającego czyszczenie i dezynfekcję, komora główna przeznaczona do umieszczenia zestawu tlenowego, worka ssaka, min. 5 bocznych kieszeni pozwalających na umieszczenie potrzebnego sprzętu i materiału medycznego, system gumek i rzepów do mocowania samego sprzętu	TAK	
	<b>WYPOSAŻENIE PLECAKA</b>	TAK	
1	Butla tlenowa aluminiowa o poj. 2 l	TAK	
2	Reduktor tlenowy 0-25 l / min	TAK	
3	Laryngoskop światłowodowy z kompletem łyżek typu Macintosh 1,2,3,4 (podać producenta, model, załączyć deklarację zgodności CE )	TAK	
4	Ciśnieniomierz przenośny zegarowy z mankietem dla dorosłych zapinanym na rzep	TAK	
5	Urządzenie do zakładania wkłuc doszpikowych o napędzie elektrycznym (bateria bezobsługowa)	TAK	
6	Prowadnice do rurek intubacyjnych 5 szt.	TAK	
7	Rurka Combitube dla dorosłych	TAK	
8	Maski do tlenoterapii, maski ze zwężką Venturiego,	TAK	

	maski na tracheotomię po 1 szt.		
9	Zestaw rurek ustno gardłowych, rurka Combitube dla dorosłych	TAK	
10	Zestaw do drenażu opłucnej z zastawką bezzwrotną	TAK	
11	Filtry oddechowe 3 szt.	TAK	
12	Łopatka do języka	TAK	
13	Latarka diagnostyczna	TAK	
14	Nożyczki ratownicze	TAK	
15	Kleszczyki Magilla dla dorosłych	TAK	
16	Kleszczyki Pean dla dorosłych	TAK	
	<b>TORBA OPATRUNKOWA</b>	TAK podać typ i markę	
1	Wykonana z łatwego do czyszczenia i dezynfekcji materiału, kolor czerwony	TAK	
2	Torba wyposażona w min. 2 komory oraz system gumek i rzepów do mocowania samego sprzętu	TAK	
3	Min. 3 kieszenie zewnętrzne zamykane na zamek	TAK	
4	Całość zamykana na zamki błyskawiczne	TAK	
5	Uchwyty umożliwiające transport w rękę oraz pasek na ramię	TAK	
	<b>WYPOSAŻENIE TORBY</b>	TAK	
1	Nożyczki opatrunkowe	TAK	
2	Zestaw porodowy	TAK	
	<b>VIDEOLARYNGOSKOP</b>	TAK podać typ i markę	
1	Zasilanie akumulatorowe z możliwością pracy ciągłej bez konieczności ładowania przez 2godziny	TAK	
2	System prezentacji dróg oddechowych na kompaktowym monitorze LCD o wymiarach 1,7 cala pokazuje czysty obraz w naturalnych barwach strun głosowych i okolic wejścia do krtani	TAK	
3	Zestaw 30 łyżek laryngoskopu zakładanych na wielorazową prowadnicę z torem wizyjnym bez żadnych połączeń kablowych	TAK	
4	Opakowanie transportowe umożliwiające przenoszenie i przypięcie do paska	TAK	
5	Obudowa monitora szczelna z możliwością dezynfekcji i mycia, odporna na zalanie oraz upadek z wysokości nawet 2 metrów	TAK	
6	Praca w temperaturze zgodnej z wymogami normy PN-EN 60601-1	TAK	
	<b>ZESTAW DO SZYBKIEJ KONIKOTOMII DLA DZIECI</b>	TAK	
	<b>ZESTAW DO SZYBKIEJ KONIKOTOMII DLA DZIECI</b>	TAK	
	<b>INNE WYMAGANIA</b>		
1	Posiadane atesty dopuszczające stosowanie przedmiotu oferty do użycia w placówkach publicznej służby zdrowia, zgodne z ust. z dn. 21 kwietnia 2004 o wyrobach medycznych	TAK załączyć do oferty posiadane atesty	
2	Karetka posiada homologację jako pojazd specjalny – M1/samochód sanitarny	TAK załączyć do oferty posiadaną homologację	
3	Instrukcja obsługi przedmiotu oferty w jęz. polskim (	TAK	

	dopuszcza się załączenia w formie elektronicznej na płycie CD-R)	dostarczyć z przedmiotem zamówienia	
4	Wszelkie posiadane materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty ( prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w jęz. polskim lub angielskim)	TAK załączyć do oferty	
5	Przedmiot oferty będzie fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2009	TAK	
6	Oświadczamy, że przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów	TAK	
<b>WARUNKI SERWISOWE</b>			
1	Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski	TAK podać	
2	Punkty serwisowe w Polsce, lokalizacja ( adres, nr tel., fax)	TAK podać	
<b>GWARANCJA</b>			
1	Gwarancja mechaniczna min. 24 m-ce bez limitu kilometrów licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	
2	Gwarancja na lakier min. 36 m-cy licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	
3	Gwarancja na perforację min. 44 m-ce licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	
4	Gwarancja na zabudowę medyczną i sprzęt min. 24 m-ce ale nie dłużej niż 48 m-cy licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez bezpośredniego przedstawiciela Zamawiającego	TAK podać oferowany okres gwarancji	

.....  
( podpis i pieczęć Wykonawcy lub osoby upoważnionej )