**Załącznik nr 2 Formularz asortymentowo- cenowy**

**\*Uwaga: w przypadku, gdy przedmiot zamówienia objęty jest więcej niż jedną stawką podatku Vat Wykonawca powinien w powyższej tabeli uwzględnić odpowiednie stawki podatku Vat i odpowiadające im kwoty podatku Vat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Asortyment | Jednostka miary (j.m.) | Szacunkowa ilość potrzeb | Wartość netto | VAT stawka\* | Vat kwota\* | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5x6 | 8=7+5 |
|  | Ambulans ratunkowy typu B z wyposażeniem wymienionym w Tabeli nr 1 Zestawienie wymaganych parametrów technicznych ambulansu ratunkowego typu B z wyposażeniem oraz spełniający wszystkie wymogi w niej opisane  | komplet | 1 |  |  |  |  |
| Cena oferty netto/VAT/brutto |  | X |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia(elementy składowe) | Oferujemy spełniające opis zawarty w Tabeli nr 1 Zestawienie wymaganych parametrów technicznych ambulansu ratunkowego typu B z wyposażeniem: |
| **Pojazd bazowy** -podać markę, model, moc silnika |  |
| **Nosze główne**- podać markę, model |  |
| **Transporter noszy głównych**- podać markę, model |  |
| **Krzesełko kardiologiczne składane**- podać markę, model |  |
| **Nosze płachtowe**- podać markę, model |  |
| **Ssak akumulatorowo-sieciowy**- podać markę, model |  |
| **Komplet szyn Kramera**- podać markę, model |  |
| **Defibrylator karetkowy**- podać markę, model |  |

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

Podpisy osób uprawnionych

 do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika

**Tabela nr 1 Zestawienie wymaganych parametrów technicznych ambulansu ratunkowego typu B z wyposażeniem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PARAMETRY WYMAGANE** | Spełnianie wymogu |
| **I.** | **POJAZD BAZOWY** |  |
| **1.** | **Nadwozie** |  |
| 1.1 | Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony | Tak |
| 1.2. | Maksymalna długość całkowita pojazdu do 5550 mm | Tak |
| 1.3. | Maksymalna wysokość pojazdu przed adaptacją 2500 mm | Tak |
| 1.4. | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 270 stopni, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł  | Tak |
| 1.5. | Drzwi boczne lewe i prawe przesuwane do tyłu z otwieranąszybą | Tak |
| 1.6. | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylnyochronny | Tak |
| 1.7. | Kolor nadwozia biały lub żółty RAL 1016 zgodnie z PN EN 1789 | Tak |
| 1.8. | Kabina kierowcy dwuosobowa, oba fotele regulowane w min. 3-ch płaszczyznach, z regulacjami oparcia i podłokietnikami | Tak |
| **2.** | **Silnik i układ jezdny** |  |
| **** | Turbodiesel o pojemności min. 2100 cm³ max 2500 cm3 | Tak |
| **** | Spełniający wymagania normy Euro 6 | Tak |
| **** | System AdBlue ze zbiornikiem o pojemności min. 20l, zużycie płynu do. 4 l/1000 km, wg. dokumentów producenta pojazdubazowego | Tak |
| **** | Moc silnika min. 125 kW, moment obrotowy min. 380 Nm.  | Tak |
| **** | Skrzynia biegów manualna min. 6 przełożeń + bieg wsteczny | Tak |
| **** | Napęd wałka rozrządu za pomocą łańcucha (nie dopuszcza się napędu za pomocą paska ze względu na dużą usterkowość) | Tak |
| **** | Alternator min. 185 A | Tak |
| **** | System odzyskiwania energii podczas zwalniania i hamowania | Tak |
| **** | Napęd na koła przednie lub 4 x 4  | Tak |
| **** | Fabryczny zbiornika paliwa o pojemności min. 90 litrów pozwalający na duży zasięg ambulansu. Fabryczny tzn. montowany przez producenta samochodu bazowego. | Tak |
| **** | Zużycie energii max. 2,6 MJ/km  | Tak |
| **** | Emisja CO2 samochodu bazowego w zakresie do 190 g/km | Tak |
| **** | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczashamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania | Tak |
| **** | Wspomaganie układu hamulcowego | Tak |
| **** | System wspomagania nagłego hamowania | Tak |
| **** | System rozdziału siły hamowania | Tak |
| **** | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy ESP lubrównoważny | Tak |
| **** | Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortowąjazdę | Tak |
| **** | Rozmiar felg min. 16 cali, opony letnie | Tak |
| **** | Komplet opon zimowych wraz z felgami | Tak |
| **3.** | **Wyposażenie pojazdu bazowego** |  |
| **** | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy | Tak |
| **** | Centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem | Tak |
| **** | Autoalarm i immobilizer | Tak |
| **** | Sygnalizacja niedomkniętych drzwi z wizualizacją na descerozdzielczej | Tak |
| **** | Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera | Tak |
| **** | Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy | Tak |
| **** | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne zwbudowanym kierunkowskazem | Tak |
| **** | Radioodtwarzacz fabryczny  | Tak |
| **** | Światła przeciwmgielne przednie | Tak |
| **** | Fabryczna klimatyzacja automatyczna kabiny kierowcy (typu Climatronic), z wyświetlaniem zadanej temperatury | Tak |
| **** | Fabryczne czujniki cofania z sygnalizacją dźwiękową | Tak |
| **** | Minimum dwa fabryczne gniazda (USB i 12V) w kabiniekierowcy | Tak |
| **** | Regulowana kolumna kierownicy | Tak |
| **** | Czujnik światła | Tak |
| **** | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów | Tak |
| **** | Drzwi przednie z min. trzema schowkami | Tak |
| **** | Gwarancja na pojazd bazowy minimum 24 miesiące | Tak |
| **II.** | **MODYFIKACJA NA AMBULANS** |  |
| **1.** | **Przedział medyczny** |  |
| **** | Długość przedziału medycznego min. 300 cm  | Tak |
| **** | Szerokość przedziału medycznego min. 170 cm  | Tak |
| **** | Wysokość przedziału medycznego min.182 cm  | Tak |
| **** | Wzmocniona podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian oraz umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne | Tak |
| **** | Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym, izolowane termicznie i akustycznie | Tak |
| 1.6. | Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przeźroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek | Tak |
| 1.7. | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia | Tak |
| **** | Zewnętrzny schowek (podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu)umożliwiający montaż dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami, krzesełka kardiologicznego, deski ortopedycznej, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz dwóch kasków, miejsce na plecak, torby medyczne | Tak |
| **** | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami) | Tak |
| **** | Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną | Tak |
| **** | Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:* działaniem reflektorów zewnętrznych
* informujący o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V
* informujący o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną
* informujący i ostrzegający o poziomie naładowania akumulatorów
* sterujący pracą sygnałów dźwiękowych pneumatycznych

-wyświetlacz w technologii LCD-Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego | Tak |
| **** | Przedział medyczny wyposażony w panel sterujący:* informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
* z funkcją zegara i kalendarza
* informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu
* sterujący oświetleniem i wentylacją przedziału medycznego
* zarządzający system ogrzewania i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania wybranej temperatury

-Zamawiający nie dopuszcza sterowania panelem za pomocą wyświetlacza dotykowego | Tak |
| **** | Fotel u wezgłowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy, ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym | Tak |
| **** | Jedno obrotowe o kąt min. 90o miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, że składanym do pionu siedziskiem i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 | Tak |
| **** | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu | Tak |
| **** | Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przedprzegrzaniem | Tak |
| **2.** | **Podstawa pod nosze** |  |
| **** | Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga (o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu. Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związanej z brakiem zasilania. | Tak |
| **3.** | **Instalacja elektryczna** |  |
| **** | Dwa akumulatory Pojemność pojedynczego akumulatora min. 80 Ah -jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego - połączone tak, aby były doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230 V - widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem o nie doładowaniu któregokolwiek  | Tak |
| **** | 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 obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju. | Tak |
| **** | Gniazda zasilające 12V (min. 4) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki  | Tak |
| **** | Minimum 3 gniazda 230 V w przedziale medycznym zbezpiecznikami zabezpieczającymi | Tak |
| **** | Instalacja elektryczna bez przetwornicy 12/230V | Tak |
| **4.** | **Ogrzewanie i wentylacja** |  |
| **** | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnikelektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 1,8 kW | Tak |
| **** | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca cieczchłodzącą silnik | Tak |
|  | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania typu powietrznego o mocy min. 5,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie wnętrza pojazdu do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem silnika | Tak |
|  | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę  | Tak |
|  | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego | Tak |
|  | **Sygnalizacja uprzywilejowana** |  |
|  | W przedniej części pojazdu belka świetlna typu LED wyposażona w dwa reflektory typu LED do doświetlania przedpola pojazdu oraz podświetlanym z napisem AMBULANS | Tak |
|  | W tylnej części pojazdu lampa świetlna typu LED koloruniebieskiego | Tak |
|  | Głośnik sygnalizacji świetlnej umieszczony w pasie przednimpojazdu | Tak |
|  | Możliwość włączania sygnalizacji świetlnej za pomocąjednego przycisku w kabinie kierowcy. | Tak |
|  | Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej z dodatkowym włącznikiem przy dźwigni zmiany biegów | Tak |
|  | Cztery niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane nawysokości pasa przedniego | Tak |
| 6. | **Oświetlenie** |  |
|  | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnychwłączające się po ich otwarciu | Tak |
|  | Oświetlenie zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu (tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego | Tak |
|  | Dodatkowe lampy obrysowe z kierunkowskazami zamontowane w tylnych, górnych częściach nadwozia | Tak |
|  | Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziałumedycznego | Tak |
|  | Oświetlenie punktowe (regulowane punkty świetlne LED nadnoszami w suficie) | Tak |
|  | Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego | Tak |
|  | Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nadblatem roboczym | Tak |
|  | Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnymwłącznikiem | Tak |
|  | Lampka typu kokpit zamontowana w kabinie kierowcy postronie pasażera | Tak |
| 7. | **Oklejenie i oznakowanie** |  |
|  | Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas mikropryzmatyczny barwy czerwonej pod niebieskim | Tak |
|  | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu | Tak |
|  | Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego PRM zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia18.10.2010 r. | Tak |
| **** | Logotyp/nazwa Zamawiającego po uzgodnieniu | Tak |
| **** | Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości foliąpółprzeźroczystą | Tak |
| **8.** | **Instalacja tlenowa** |  |
| **** | Miejsce na dwie butle tlenowe 10l w schowku zewnętrznym -bez butli | Tak |
| **** | Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej – gniazdo obudowie monoblokowej panelowej | Tak |
| **** | Punkt poboru na suficie typu AGA z wtykiem do podłączeńzewnętrznych | Tak |
| **** | Uchwyt małej butli tlenowej w zabudowie medycznej | Tak |
| **9.** | **Łączność radiowa / SWD** |  |
| **** | Wmontowana dachowa antena do podłączenia radiotelefonu o parametrach: zakres częstotliwości 168-170 MHz**;** impedancja wejścia 50 Ohm; współczynnik fali stojącej 1,6; charakterystyka promieniowania dookólna; zamontowana w sposób umożliwiający serwisowanie | Tak |
| **** | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu | Tak |
| **** | Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania terminala statusów SWD, zainstalowane anteny GPS, GPRS | Tak |
| **** | Kabina kierowcy wyposażona adapter do stacji dokującej tabletu, przedział medyczny wyposażony w półkę pod drukarkę, wraz z dodatkowym gniazdem 12V obok półki | Tak |
| **10.** | **Sprzęt medyczny - mocowania** |  |
| **** | Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznegowykonane z blachy, regulowane | Tak |
| **** | Wszystkie montowane urządzenia medyczne, zainstalowane w sposób zapewniający bezpieczeństwo, użytkowników i pacjenta, jednocześnie umożlwiający korzystanie z nich bez konieczności demontażu | Tak |
| **11.** | **Dodatkowe wyposażenie Ambulansu** |  |
| **** | Dodatkowa gaśnica zamontowana w przedziale medycznym | Tak |
| **** | Urządzenie do wybijania szyb zintegrowane z nożem do przecinania pasów bezpieczeństwa zamontowane wprzedziale medycznym | Tak |
| **** | Przy prawych drzwiach przesuwnych do przedziału medycznego stopień automatycznie chowany (obrotowy) przy zamykaniu drzwi. Kąt obrotu stopnia min. 90°. Możliwość ręcznego włączania i wyłączania stopnia przyciskiem umieszczonym na słupku przy drzwiach prawych przesuwnych do przedziału medycznego. | Tak |
| **I.** | **NOSZE GŁÓWNE** |  |
| 1. | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; z materacem konturowym profilowanym stabilizującym | Tak |
| 2. | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśnibrzucha; | Tak |
| 3. | z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia podplecami powyżej 85 stopni; | Tak |
| 4. | rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie nawznak; | Tak |
| 5. | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | Tak |
| 6. | nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą; | Tak |
| 7. | z poręczami bocznymi składanymi w sposób ergonomicznyprostopadle do osi wzdłużnej noszy | Tak |
| 8. | Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy. Dodatkowy zestaw rączek bocznych służący do przenoszenia noszy przy transporcie pacjentów o znacznej wadze. (ciężar jednostkowy przenoszony przez jedna osobę musi być zgodny z Kodeksem Pracy oraz Rozporządzeniem MinistraPracy i Polityki Społecznej dnia 18 marca 2009 r. (Dz. U. Nr 56, poz. 462) w sprawie bhp przy pracach ręcznych transportowych dla pracy dorywczej). | Tak |
| 9. | z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodemlub tyłem do kierunku jazdy; | Tak |
| 10. | nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi; | Tak |
| 11. | z cienkim nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | Tak |
| 12. | wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy zwycięciami na pasy | Tak |
| 13. | obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 220 kg  | Tak |
| 14. | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865  | Tak |
| II. | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** |  |
| 1. | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami , umożliwiający wprowadzenie noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy | Tak |
| 2. | regulację wysokości w min sześciu poziomach | Tak |
| 3. | możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia) | Tak |
| 4. | wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150mm, wszystkie koła jezdne skrętne w zakresie 360 stopni umożliwiające jazdę na wprost oraz prowadzenie bokiem z możliwością automatycznej blokady kierunku do jazdy wprost ; wszystkie kółka jezdne umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach).  | Tak |
| 5. | min. 2 kółka tylne wyposażone w hamulce | Tak |
| 6. | obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg | Tak |
| 7. | transporter musi posiadać trwale oznakowane graficznieelementy związane z jego obsługą | Tak |
| 8. | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie go środkami antykorozyjnymi | Tak |
| 9. | waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PNEN 1865  | Tak |
| **III.** | **Krzesełko kardiologiczne składane** |  |
| 1. | wykonane z materiału odpornego na korozje i na działaniepłynów dezynfekujących | Tak |
| 2. | Wyposażone w min 4 kółka transportowe z czego przednie koła obrotowe wyposażone w hamulce z blokadą położenia | Tak |
| 3. | Koła tylne o średnicy min 125 mm , koła przednie o średnicymin 75 mm | Tak |
| 4. | Wyposażone w uchwyty przednie z regulacją długości i regulacją wysokości na min 2 poziomach | Tak |
| 5. | Wyposażone w min 2 pary składanych tylnych uchwytówtransportowych do przenoszenia | Tak |
| 6. | Wyposażone w blokadę zabezpieczającą przed złożeniem wtrakcie transportu | Tak |
| 7. | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego materiału winylowo-nylonowego, odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego, dezynfekowanego , siedzisko i oparcie szybko demontowalne | Tak |
| 8. | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiająceszybkie ich rozpięcie | Tak |
| 9. | waga max 10 kg | Tak |
| 10. | dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg | Tak |
| 11. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | Tak |
| **IV.** | **Nosze płachtowe** |  |
| 1. | wykonana z mocnego materiału winylowego | Tak |
| 2. | min. 8 rączek do przenoszenia | Tak |
| 3. | z zakładkami zapobiegającymi wysunięciu pacjenta, w zakładkach otwory do odprowadzania wody | Tak |
| 4. | nie wchłaniająca brudu, krwi, płynów i substancji ropopochodnych | Tak |
| 5. | min długość 200 cm | Tak |
| 6. | min. Szerokość 100 cm | Tak |
| 7. | waga do 2,5 kg' | Tak |
| 8. | udźwig min. 360 kg | Tak |
| 9. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | Tak |
| **v.** | **Ssak akumulatorowo-sieciowy** |  |
| 1. | zasilanie sieciowe z instalacji 12V ambulansu , ładowanie akumulatora z sieci 12V ambulansu poza uchwytem ściennym, zasilanie akumulatorowe gwarantujące min 40 minut pracy ciągłej z max obciążeniem, w kpl. z uchwytem ściennym zgodnym z normą PN EN 1789 z funkcją zasilania ssaka i ładowania akumulatora w trakcie ruchu ambulansu po wpięciu ssaka do uchwytu poprzez podłączony uchwyt do instalacji, wbudowany w ssak wskaźnik poziomu naładowania akumulatora | Tak |
| **2.** | z regulacją płynną siły ssania w zakresie od 0 do 80kPa ( 0- 800mBar), o przepływie do min. 30L/min, wyposażony w słój wielorazowy o poj. min. 1 L z możliwością stosowania wkładów jednorazowych, z torbą ochronną wyposażona w kieszenie na akcesoria, wyposażonym w uchwyt do przenoszenia ssaka | Tak |
| 3. | Waga ssaka kpl. max 4,7 kg | Tak |
| 4. | Temperatura pracy i przechowywania zgodna z normą | Tak |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny min. 24 m-ce | Tak |
| **vI.** | **Komplet szyn Kramera** |  |
| 1. | 14 szyn Kramera w 9 różnych rozmiarach | Tak |
| 2. | komplet pokrowców na szyny | Tak |
| 3. | torba transportowa na zestaw z materiału Cordura® | Tak |
| 4. | wewnętrzne przegrody w torbie segregujące szyny | Tak |
| 5. | możliwość sterylizacji w płynach i autoklawie | Tak |
| **I.** | **DEFIBRYLATOR Karetkowy** |  |
| 1 | Defibrylator przenośny z torbą transportową, testerem wyładowań i certyfikowanym uchwytem karetkowym | Tak |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci  | Tak |
| 3 | Możliwość ładowania zapasowych akumulatorów za pomocą za ładowarki zewnętrznej 12V – 230V (ładowarka w zestawie) | Tak |
| 4 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak |
| 5 | Ciężar defibrylatora w kg max. 12kg | Tak |
| 6 | Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku lub przytoczony wydruk  | Tak |
| 7 | Norma IP min. 43 | Tak |
| 8 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak |
| 9 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak |
| 10 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak |
| 11 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 200 J | Tak |
| 12 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | Tak |
| 13 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak |
| 14 | Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne, elektrody naklejane, na wyposażeniu nakładki dziecięce/neonatologiczne | Tak |
| 15 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789. | Tak |
| 16 | Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych | Tak |
| 17 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |
| 18 | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak |
| 19 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-170 mA | Tak |
| 20 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |
| 21 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |
| 22 | Alarmy częstości akcji serca | Tak |
| 23 | Zakres pomiaru tętna od 25-250 u/min | Tak |
| 24 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | Tak |
| 25 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak |
| 26 | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | Tak |
| 27 | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 80mm. | Tak |
| 28 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Tak |
| 29 | Transmisja danych przez wbudowany lub zewnętrzny modem  | Tak |
| 30 | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips. | Tak |
| 31 | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | Tak |
| 32 | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2019 | Tak |