**Załącznik nr 3.1 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru / warunku** | | **Wymaganie** | | **Parametry oferowane (należy wpisać)** | |
| **WYMAGANIA OGÓLNE AMBULANSU** | | | | | | |
| **1)** | **Producent pojazdu bazowego** | | **Podać** | |  | |
| **2)** | **Marka i model samochodu bazowego oferowanego ambulansu** | | **Podać** | |  | |
| **2)** | **Producent zabudowy przedziału medycznego** | | **Podać** | |  | |
| **4)** | **Rok produkcji** | | **2018r** | |  | |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** | | | | | | |
|  | **NADWOZIE** | |  | |  | |
| 1. | Typu furgon z izolacją dżwiękowo-termiczną. | | Tak, podać | |  | |
| 2. | Częściowo przeszklony z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu. | | Tak, podać | |  | |
| 3. | Przystosowany do przewozu min. trzech osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. | | Tak, podać | |  | |
| 4. | Długość przedziału medycznego min 2,10 m.  Wysokość przedziału medycznego min. 1,40 m, | | Tak, podać | |  | |
| 5. | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki o min 1800. | | Tak, podać | |  | |
| 6. | Drzwi boczne wysokie prawe przesuwane do tyłu z szybą. | | Tak, podać | |  | |
| 7. | Okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | | Tak, podać | |  | |
| 8. | Częściowa ścianka działowa oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego . | | Tak, podać | |  | |
| 9. | Lakier w kolorze białym | | Tak, podać | |  | |
| 10. | Centralny zamek wszystkich drzwi. | | Tak, podać | |  | |
| 11. | Autoalarm. | | Tak, podać | |  | |
| 12. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera | | Tak, podać | |  | |
| 13. | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne, | | Tak, podać | |  | |
| 14. | Elektrycznie opuszczane szyby w kabinie kierowcy, | | Tak, podać | |  | |
| 15. | Zderzaki i lusterka lakierowane w kolorze nadwozia, | | Tak, podać | |  | |
| 16. | Światła przeciwmgielne przednie, | | Tak, podać | |  | |
| 17. | Fotel kierowcy z regulacją przód – tył i regulacją oparcia pod plecami, | | Tak, podać | |  | |
| 18. | Klimatyzacja fabryczna kabiny kierowcy | | Tak, podać | |  | |
|  | **SILNIK** | |  | |  | |
| 1. | Nowoczesny zasilany olejem napędowym z zapłonem samoczynnym, z turbosprężarka i intercoolerem, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną jazdę w ruchu miejskim. | | Tak, podać | |  | |
| 2. | Silnik o mocy powyżej 100 KM. | | Tak, podać | |  | |
| 3. | Klasa emisji spalin zgodnie z normą min. EURO 6 | | Tak, podać | |  | |
|  | **ZESPÓŁ NAPĘDOWY** | |  | |  | |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | | Tak, podać | |  | |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | | Tak, podać | |  | |
| 3. | Napęd na koła przednie lub tylne. | | Tak, podać | |  | |
| 4. | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy typu ESP, | | Tak, podać | |  | |
| 5. | System zapobiegający poślizgowi kół napędzanych  podczas ruszania typu ASR, | | Tak, podać | |  | |
| 6. | System wspomagania ruszania pod górę typu hill asystent lub równoważny | | Tak, podać | |  | |
|  | **ZAWIESZENIE** | |  | |  | |
| 1. | Zawieszenie przednie i tylne niezależne, gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność w trudnym terenie oraz odpowiedni komfort transportu chorego. | | Tak, podać | |  | |
|  | **SYSTEM HAMULCOWY** | |  | |  | |
| 1. | Ze wspomaganiem. | | Tak, podać | |  | |
| 2. | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania. | | Tak, podać | |  | |
| 3. | Hydrauliczny system wspomagania nagłego hamowania, | | Tak, podać | |  | |
|  | **UKŁAD KIEROWNICZY** | |  | |  | |
| 1. | Ze wspomaganiem | | Tak, podać | |  | |
| 2. | Kolumna kierownicy regulowana w dwóch płaszczyznach | | Tak, podać | |  | |
|  | **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | |  | |  | |
| 1. | Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki. | | Tak, podać | |  | |
| 2. | Kosz na śmieci. | | Tak, podać | |  | |
| 3. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | | Tak, podać | |  | |
| 4. | Urządzenie do wybijania szyb zintegrowane z nożem do cięcia pasów. | | Tak, podać | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | |  | |  | |
| 1. | Układ ogrzewania zgodny z PN EN 1789  (oraz charakteryzujący się parametrami nie gorszymi jak poniższe.) | | Tak, podać | |  | |
| 1.1 | Ogrzewanie przedziału medycznego cieczą chłodzącą silnik – dodatkowa nagrzewnica wodna z zaworem odcinającym. | | Tak, podać | |  | |
| 1.2 | Mechaniczna wentylacja nawiewno -wywiewna. | | Tak, podać | |  | |
| 1.3 | Rozbudowa fabrycznej klimatyzacji o drugi parownik umieszczony w pomieszczeniu dla pacjenta z niezależną regulacją temperatury i siły nawiewu | | Tak, podać | |  | |
|  | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | |  | |  | |
| 1. | Instalacja elektryczna jest sporządzona w sposób zapewniający jej bezpieczne działanie zgodnie z PN EN 1789 – i charakteryzuje się nie gorszymi parametrami jak poniżej | | Tak, podać | |  | |
| 1.1 | Alternator wzmocniony zapewniający odpowiednie ładowanie akumulatora o mocy min. 1200 W. | | Tak, podać | |  | |
| 1.2 | Akumulator o pojemności min. 60 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | | Tak, podać | |  | |
|  | **OZNAKOWANIE , OŚWIETLENIE,**  **SYGNALIZACJA DŹWIEKOWA** | |  | |  | |
| 1. | W pojeździe znajduje się układ ostrzegania zarówno optycznego, jak i akustycznego - zgodny z przepisami ustawy „Prawo o ruchu drogowym”  -oraz charakteryzuje się nie on nie gorszymi parametrami jak poniżej | | Tak, podać | |  | |
| 1.1 | Belka świetlna ze światłami typu LED koloru niebieskiego umieszczona na przed­niej części dachu pojazdu. Sygnał dźwiękowy modulowany – możliwość podawania komunikatów głosowych. | | Tak, podać | |  | |
| 1.2 | Dwie niebieskie lampy pulsacyjne na wyso­kości pasa przedniego. | | Tak, podać | |  | |
| 1.4 | Reflektory zewnętrzne z tyłu pojazdu ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji min. 2 szt., z możliwością włączania / wyłączania z kabiny kierowcy. | | Tak, podać | |  | |
| 1.5 | Pas odblaskowy barwy niebieskiej i czerwonej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia. | | Tak, podać | |  | |
| 1.6 | Z przodu pojazdu napis: lustrzane odbicie słowa „AMBULANS”. | | Tak, podać | |  | |
| 1.7 | Oznaczenie typu karetki na bokach i drzwiach tylnych symbolem ,,T” oraz nazwą Zamawiającego | | Tak, podać | |  | |
| **OŚWIETLENIE WEWNĘTRZNE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | | |
| 1 | Oświetlenie zapewnia prawidłową pracę personelu medycznego ,jest zgodne z PN EN 1789 (oraz charakteryzuje się parametrami nie gorszymi jak poniżej) | | Tak, podać | |  | |
| 1.1 | Światło rozproszone LED umieszczone na suficie przedziału medycznego min. 2 punkty świetlne. | | Tak, podać | |  | |
| 1.2 | Oświetlenie LED punktowe, regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 1 szt.). | | Tak, podać | |  | |
| **Wyposażenie pomieszczenia dla pacjenta** | | | | | | |
| 1 | Pomieszczenie dla pacjenta powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione w normie PN EN 1789 dla ambulansu typu A1 powinny one być zamontowane w sposób bezpieczny, uniemożliwiający uszkodzenie go lub zranienie osób w poruszającym się pojeździe | | Tak, podać | |  | |
| 2 | Na ścianie bocznej lewej zestaw szafek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów | | Tak, podać | |  | |
| 3 | Uchwyt do kroplówki na min. 2 szt. mocowany w suficie. | | Tak, podać | |  | |
| 4 | Zabezpieczenie urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | | Tak, podać | |  | |
| 5 | Instalacja tlenowa; 1 butla 10 l z reduktorem posiadającym jedno wyjście regulowane na króciec, a jedno nieregulowane na szybkozłącze( gniazdo typu AGA) , wyposażony w nawilżacz tlenowy wykonany z tworzywa sztucznego, zamontowana przy tylnych drzwiach na ściance lewej | | Tak, podać | |  | |
| 6 | deklaracja zgodności CE reduktora tlenowego | | Tak, podać | |  | |
| 7 | deklaracja zgodności CE nawilżacza tlenowego | | Tak, podać | |  | |
| **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | | | | |
| 1. | | Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania radiotelefonu przewoźnego | | Tak, podać | |  |
| **POMIESZCZENIA DLA PACJENTÓW** | | | | | | |
| 1 | Fotel stały na prawej ścianie wyposażony w bezwładnościowy, trzypunktowy pas bezpieczeństwa i zagłówek, | | Tak, podać | |  | |
| 2 | Wzmocniona podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | | Tak, podać | |  | |
| 3 | Ściany boczne i sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, niepalne i nietoksyczne. | | Tak, podać | |  | |
| 4 | W kabinie kierowcy włączniki umożliwiające sterowanie:  oświetleniem sufitowym, klimatyzacja, ogrzewaniem, wentylacją | | Tak, podać | |  | |
| **Nosze główne samojezdne** | | | | | | |
| 1 | Podać markę, model | | Tak, podać | |  | |
| 2 | Konstrukcja monoblokowa, przystosowane do reanimacji – twarda płyta na całej powierzchni. | | Tak, podać | |  | |
| 3 | Z płynną regulacją podnoszenia tułowia do kąta min. 75° . | | Tak, podać | |  | |
| 4 | Komplet pasów zabezpieczających (pasy szelkowe i 2 pasy poprzeczne). | | Tak, podać | |  | |
| 5 | Wyposażone w konturowy materac | | Tak, podać | |  | |
| 6 | Opuszczane wzdłużnie oparcia boczne | | Tak, podać | |  | |
| 7 | Posiadające 4 kółka jezdne o średnicy min. 180 mm umożliwiające łatwe prowadzenie noszy nawet na nierównych nawierzchniach, hamulce na przynajmniej 2 kółkach jezdnych, wszystkie kółka skrętne. | | Tak, podać | |  | |
| 8 | Zapewniające obciążenie dopuszczalne masą min.- 200 kg. | | Tak, podać | |  | |
| 9 | Waga noszy do 45 kg | | Tak, podać | |  | |
| 10 | Funkcja automatycznego rozkładania podwozia transportera przy wyjeździe z ambulansu | | Tak, podać | |  | |
| 11 | Niezależny system składnia goleni przednich i tylnych podczas wjazdu i wyjazdu z karetki. | | Tak, podać | |  | |
| 12 | Zapewniające automatyczne zapięcie zestawu po jego wprowadzeniu do ambulansu, | | Tak, podać | |  | |
| 13 | Mocowanie do podłogi lub lawety ambulansu – zgodne z normą PN-EN 1789 ( atest 10 g. ) | | Tak, podać | |  | |
| 14 | Deklaracja zgodności CE noszy | | Tak, podać | |  | |
| **Dodatkowe wymagania** | | | | | | |
| 1 | Komplet dokumentów do rejestracji pojazdu jako specjalnego sanitarnego wraz z dostawą przedmiotu zamówienia, | | Tak, podać | |  | |
| 2 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zabudowy medycznej i wyposażenia realizowany w siedzibie  Zamawiającego w ciągu max. 72 godzin od chwili zgłoszenia usterki. | | Tak, podać | |  | |
| 3 | a) Gwarancja na zabudowę medyczną i wyposażenie – min. 12 miesięcy (podać) | | Tak, podać | |  | |
|  | b) Gwarancja mechaniczna pojazdu bez limitu  kilometrów – min. 12 miesięcy (podać) | | Tak, podać | |  | |
|  | c) Gwarancja na lakier – min. 24 miesiące (podać) | | Tak, podać | |  | |
|  | d) Gwarancja na perforację nadwozia – min. 96 miesiące (podać) | | Tak, podać | |  | |
| 4. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny samochodu w każdej ASO danej marki w Polsce .  Wykaz autoryzowanych serwisów pojazdu bazowego. | | Tak, podać | |  | |
| 5. | Świadectwo homologacji skompletowanego pojazdu (dla samochodu bazowego i przedziału medycznego ambulansu sanitarnego typu -A1” ) | | Tak, podać | |  | |

UWAGA ! Nie spełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, skutkować będzie odrzuceniem oferty.

Podpis, data…………………………….