**Ambulans sanitarny typ B – 1 szt. Zał. nr.2 do SWZ ZP/2/2022**

Pojazd kompletny, Marka/Typ/Oznaczenie handlowe (zgodne ze świadectwem homologacji): ……………………………..

Rok produkcji min. 2022r. (podać): ………………………..

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane warunki (parametry) dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej** | **Warunek graniczny i****parametry oceniane** | **Oferowane przez Wykonawcę parametry dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej.****podać, opisać, TAK/NIE** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **I.** | **NADWOZIE** |
| 1. | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym  | TAK |  |
| Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym obejmującymi całe powierzchnie łącznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia - parametr dodatkowo punktowany | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| DMC do 3,5t | TAK |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Dopuszcza się jako wyposażenie dodatkowe elektryczne ogrzewanie szyby przedniej. Półki nad przednią szybą. | TAK |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa zapewniająca miejsce pracy kierowcy, fotel kierowcy i pasażera, z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt do tabletu Twinhead Durabook R-11 z wykorzystaniem fabrycznych perforacji kabiny kierowcy, umożliwiający zamontowanie zestawu w sposób nieograniczający korzystania z panelu sterującego umieszczonego w środkowej części kokpitu i zapewniający odpowiednią czytelność i obsługę tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera . Zamawiający nie dopuszcza jakiejkolwiek innych niż fabryczne perforacji elementów w kabinie kierowcy.Instalacja anten zewnętrznych GPS/GSM do stacji dokującej.Zainstalowany moduł lokalizacji pojazdu wraz z anteną zewnętrzną GPS/GSM współpracujący z systemem SWDPRM o parametrach min. FM3300 Teltonika lub rownoważny. | TAK |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) | TAK |  |
| Furgon - lakier w kolorze żółtym | TAK |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 3 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach. Dwa fotele w kabinie kierowcy oraz dwa w przedziale medycznym. | TAK |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,00m - parametr dodatkowo punktowany | TAK (określić)3,00 m – 0 pkt.od 3,01 m do 3,19 m – 2 pkt.3,20 i powyżej – 5 pkt. |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70m | TAK |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi,  | TAK |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą.  | TAK |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. | TAK |  |
| 10. | Przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,60 m - parametr dodatkowo punktowany | TAK (określić)1,60 m – 0 pkt.od 1,61 m do 1,79 m – 2 pkt.1,80 m i powyżej – 5 pkt. |  |
| 11. | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu | TAK |  |
| 12. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby.  | TAK |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:- 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,- mocowanie krzesełka kardiologicznego z systemem płozowym,- mocowanie noszy podbierakowych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,- mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,- mocowanie materaca próżniowego,- mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,- mocowanie 2 kasków ochronnych,- mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,- mocowanie pojemnika reimplantacyjnego oraz pojemnik reimplantacyjny zasilany z sieci 230V lub 12V o pojemności min. 7 litrów- miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę, | TAK |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne oraz kurtyny powietrzne.  | TAK |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową, | TAK |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. niewystający poza obrys nadwozia i niezmniejszający prześwitu pojazdu, pokryty wykładziną antypoślizgową. | TAK |  |
| 17. | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy. | TAK |  |
| 18. | Światła boczne pozycyjne zwiększające zauważalność ambulansu w warunkach ograniczonej widoczności. | TAK |  |
| 19. | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane.  | TAK |  |
| 20. | Zestaw naprawczy do uszkodzonych opon. | TAK |  |
| 22. | Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania się ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe. | TAK |  |
| 24. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | TAK |  |
| 25. | Zbiornik płynu AdBlue o pojemności min. 15l | TAK |  |
| 26. | Kamera biegu wstecznego z obrazem wyświetlanym w lusterku wstecznym | TAK |  |
| 27. | Instalacja elektryczna przedziału medycznego podłączona poprzez dedykowany moduł pojazdu bazowego typu PSM, KFG itp.(technologia CAN bus). | TAK |  |
| 28. | Radioodtwarzacz z głośnikami w kabinie kierowcy i przedziale medycznym, zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. Możliwość całkowitego wyciszenia głośników w przedziale medycznym z panelu sterującego. | TAK |  |
| 30. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Panel umieszczony w centralnej środkowej części kokpitu kierowcy, sterujący następującymi funkcjami: (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym). | TAK |  |
| sterowanie oświetleniem zewnętrznym (światła robocze), | TAK |  |
| sterowanie układem ogrzewania dodatkowego niezależnym od pracy silnika, | TAK |  |
| sterowanie układem klimatyzacji, | TAK |  |
| sygnalizacja graficzna i dźwiękowa niskiego poziomu naładowania akumulatorów, | TAK |  |
| sterowanie sygnalizacją uprzywilejowaną oraz dodatkową sygnalizacją dźwiękową niskotonową, | TAK |  |
| sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym, | TAK |  |
| funkcja SERWIS, powiadamiająca o zbliżającym się terminie przeglądu zabudowy. | TAK |  |
| możliwość załączania przetwornicy prądu 12/230V  | TAK |  |
| możliwość załączania intercomu | TAK |  |
| dwustopniowe podświetlenie przycisków I stopień dla funkcji niezałączonej, II stopień dla funkcji załączonej | TAK |  |
| miernik zużycia paliwa dla ogrzewania niezależnego od pracy silnika | TAK |  |
|  | graficzne monitorowanie pracy powietrznego ogrzewania przedziału medycznego niezależnego od pracy silnika | TAK |  |
|  | sygnalizacja graficzna wysuniętego stopnia wejściowego | TAK |  |
| **II.** | **SILNIK** |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim. | TAK |  |
| 2. | Silnik o pojemności min. 1900 cm³. | TAK |  |
| 3. | Silnik o mocy min. 130 kW.  | TAK |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 400 Nm. | TAK |  |
| 5. | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6 | TAK |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | TAK |  |
| 3. | Napęd na koła przednie lub tylne. | TAK |  |
| **IV.** | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych. | TAK |  |
| 2. | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny. | TAK |  |
| 3. | Elektroniczny korektor siły hamowania. | TAK |  |
| 4. | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania. | TAK |  |
| 5. | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie i tylne wentylowane. | TAK |  |
| 6. | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu. | TAK |  |
| 7. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR. | TAK |  |
| 8. | System zapobiegający niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy lub równoważny - parametr dodatkowo punktowany. | TAK/NIETAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 9. | System wspomagania ruszania pod górę. | TAK |  |
| **V.** | **ZAWIESZENIE** |
| 1. | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi. Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. Zwiększony nacisk na oś przednią (podać o jaką wartość w stosunku do standardowej) | TAK |  |
| 2. | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | TAK |  |
| **VI.** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |
| 1. | Ze wspomaganiem. Kierownica regulowana w dwóch płaszczyznach niezależnie tzn. góra-dół i przód tył. | TAK |  |
| **VII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** |
| 1. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK |  |
| 2. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | TAK |  |
| 3. | Niezależny od silnika system ogrzewania przedziału medycznego (typu powietrznego) z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, o mocy min. 5,0 kW umożliwiający ogrzanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| 4. | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. W przedziale medycznym klimatyzacja automatyczna tj. po ustawieniu żądanej temperatury systemy chłodzące lub grzewcze automatycznie utrzymują żądaną temperaturę w przedziale medycznym umożliwiając klimatyzowanie przedziału medycznego. | TAK |  |
| 5. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 350 mm x 350 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę. | TAK |  |
| 6. | Dodatkowa nagrzewnica wodna o mocy min. 6 kW. | TAK |  |
| **VIII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. | TAK |  |
| 2. | Akumulator zasilający przedział medyczny z przekaźnikiem rozłączającym. Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający sile elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A. | TAK |  |
| 3. | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A.Wartość prądu alternatora jako parametr dodatkowo punktowany po spełnieniu określonego minimum. | TAK (określić)180 A - 0 pkt.Największa wartość – 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |  |
| 4. | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich | TAK |  |
| 5. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 Vb) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznymd) zabezpieczenie przeciwporażeniowee) przewód zasilający min 10m. | TAK |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V | TAK |  |
| 7. | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | TAK |  |
| 8. |  Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:- min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym typu Lexel (w tym jedno 20A), do podłączenia urządzeń medycznych,- gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | TAK |  |
| 9. | Atestowana przetwornica prądu stałego 12V na zmienny 230V/50Hz o mocy ciągłej min. 1000VA (czysta sinusoida). W przedziale medycznym 2 oddzielne gniazda 230V zasilane z tej przetwornicy do obsługi sprzętu medycznego i drukarki systemu wymagających zasilania 230V w czasie jazdy, z możliwością wyłączenia napięcia. | TAK |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu   pojazdu   z modułami   LED koloru niebieskiego. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych | TAK |  |
| 2. | Sygnalizacja uprzywilejowana zintegrowana z dachem umieszczona w tylnej części dachu    pojazdu   z   modułami LED koloru niebieskiego,  dodatkowe światła LED robocze do oświetlania przedpola za ambulansem  | TAK |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. | TAK |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni | TAK |  |
| 5. | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego,  | TAK |  |
| 6. | Min. Po dwa reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu, do oświetlenia miejsca akcji, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. | TAK |  |
| 7. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:a/ 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonane z folii:- typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, - typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu, - typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),b/ nadruk lustrzany „AMBULANS”, barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu, o wysokości znaków co najmniej 22 cm; dopuszczalne jest umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej, o wysokości znaków co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu;c/ po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej: „P” (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,d/ na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta ZRM: e/ oznaczenie kodu zespołu w systemie PRM (do uzgodnienia). | TAK |  |
| **X.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. | Oświetlenie charakteryzujące się parametrami nie gorszymi jak poniżej: | TAK |  |
| 1) światło rozproszone umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego min. 6 lamp sufitowych LED, z funkcja ich przygaszania na czas transportu pacjenta (tzw. oświetlenie nocne), | TAK |  |
| 2) oświetlenie halogenowe regulowane umieszczone w suficie nad noszami punktowe (min. 2 szt.), | TAK |  |
| 3) halogen zamontowany nad blatem roboczym | TAK |  |
| **XI.** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** |
| 1. | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta) - pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | TAK |  |
| 1/ Zabudowa specjalna na ścianie działowej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):a/ szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. trzy szuflady: system mocowania drukarki systemu PRM SWD z instalacją zasilającą i połączeniową z tabletem, mocowanie ma umożliwiać drukowanie dokumentów oraz bezpieczny transport, w szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki,b/ pojemnik na zużyte igły,c/ wysuwany kosz na odpady,d/ termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury,e/ miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,f/ jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od wezgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,g/ przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. | TAK |  |
| 2/ Zabudowa specjalna na ścianie prawej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):a/ min. dwie podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b/ jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni (umożliwiający jazdę przodem do kierunku jazdy jak i wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie na postoju), wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, zagłówek, składane do pionu siedzisko,c/ uchwyt na butlą tlenową o min. pojemności 400l przy ciśnieniu 150 at, d/ uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,e/ przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznegof/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący wyposażony w szczelne przełączniki typu micro swich umożliwiające dezynfekcję i kolorowy wyświetlacz. Sterujący następującymi funkcjami (Zamawiający nie dopuszcza panelu z ekranem dotykowym).: - sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V, - sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji,- załączanie intercomu (jeśli występuje),- sterowanie głośnikiem radiotelefonu,- regulacja głośności w głośnikach radioodtwarzacza. | TAK |  |
| 3/ Uchwyt na plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom: normy PN EN 1789+A2:2015-01 oraz jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - parametr dodatkowo punktowany.  | TAK/NIETAK - 15 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 4/ Zabudowa specjalna na ścianie lewej (dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą):a/ min. cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia,b/ pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),c/ min. 2 przesuwne na szynach płyty do zamocowania dowolnego defibrylatora transportowego, dowolnej pompy infuzyjnej, d/ na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania dowolnego respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,e/ szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana podwójną roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne.f) schowek na narkotyki zamykany zamkiem szyfrowym,g) zabudowane nadkole z szafką zamykana roletą przy drzwiach tylnych, | TAK |  |
| 5/ Na lewej ścianie przy fotelu zamontowany duży plaski panel informacyjny o wymiarach min. 600x600 mm umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie.  | TAK |  |
| 6/ System mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej.W przypadku mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej w przedziale medycznym, system mocowania jest elementem całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - atest 10G; miejsce mocowania tj. w przedziale medycznym jako parametr dodatkowo punktowany.  | TAK/NIE(podać miejsce mocowania)– w przypadku mocowania w przedziale medycznym podać, czy jest całopojazdowa homologacja – atest 10G:TAK - 10 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 2. | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie. | TAK |  |
| 3. | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przedziału medycznego przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. | TAK |  |
| 4. | Centralna instalacja tlenowa:a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze), b) sufitowy punkt poboru tlenu, z regulacją przepływu tlenu przez przepływomierz ścienny zamontowany obok przedniego fotela na ścianie prawej przedziału medycznego,c) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi, d) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.,e) konstrukcja zapewniająca możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. | TAK |  |
| 6. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym lub elektrycznym, posiadająca przesuw boczny min. 20 cm, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę pod kątem nie większym jak 10 stopni, długość leża pacjenta w zakresie 190 - 195 cm, (podać markę i model). | TAK |  |
| 7. | System szyn podłogowych z przesuwnymi panelami umożliwiającymi szybką wymianę lawety w celu przystosowania ambulansu do transportu pacjentów na noszach bariatrycznych, system jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - parametr dodatkowo punktowany | TAK/NIETAK - 15 pkt.NIE - 0 pkt. |  |
| 8. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. W podłodze zintegrowane wzmocnienia pod lawetę i fotele. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 9. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | TAK |  |
| **XII.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w instalacje do radiotelefonu. | TAK |  |
|  | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | TAK |  |
|  | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu: | TAK |  |
| a) dostrojona na zakres częstotliwości 168.900 Mhz, | TAK |  |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm, | TAK |  |
| c) współczynnik fali stojącej ≤ 1,0, | TAK |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna. | TAK |  |
| **XIII.** | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. | TAK |  |
| 2. | Urządzenie do wybijania szyb i do cięcia pasów w przedziale medycznym | TAK |  |
| 3. | W kabinie kierowcy przenośny szperacz akumulatorowo sieciowy z możliwością ładowania w ambulansie wyposażony w światło LED, | TAK |  |
| 4. | Trójkąt ostrzegawczy – 2 sztuki, komplet kluczy, podnośnik samochodowy, koło zapasowe. | TAK |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
| 6. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| 7. | Zamontowane w przedziale medycznym uchwyt do:- pompy infuzyjnej Ascor AP14,- przepływomierz tlenowy wpinany w gniazdo o przepływie min. 0 25l/min,- reduktor tlenowy z przepływomierzem do butli tlenowej 2,7 l. | TAK |  |
| **XIV.** | **SERWIS** |
| 1. | Serwis pojazdu bazowego realizowany w najbliższej ASO oferowanej marki ambulansu  | TAK |  |
| 2. | Serwis zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy sanitarnej) realizowany w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
| 3. | Reakcja serwisu zabudowy specjalnej sanitarnej w okresie gwarancji na zgłoszoną awarię w dni robocze w ciągu max. 72 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w siedzibie Zamawiającego w czasie nie dłuższym jak max. 72 godziny od zgłoszenia (wymóg minimalny).„Czas reakcji serwisu gwarancyjnego zabudowy specjalnej“ sanitarnej stanowi odrębne kryterium oceny ofert (kryterium nr 3) przy spełnieniu określonego minimum. | TAK(podać ilość godzin)najkrótszy czas reakcji serwisu 10 pkt. – pozostałe proporcjonalnie |  |
| 4. | Gwarancja dostarczenia w ciągu max. 72 godzin do siedziby Zamawiającego ambulansu zastępczego spełniającego wymagania ambulansu min. typu B, jeśli czas naprawy ambulansu (pojazdu bazowego lub zabudowy), który uległ awarii będzie wynosił minimum 5 dni. (podać z dokładnością do 1 godziny)- parametr dodatkowo punktowany. | TAK(podać ilość godzin)- najkrótszy czas dostarczenia ambulansu zastępczego 10 pkt. – pozostałe proporcjonalnie |  |
| **XV.** | **GWARANCJA** |
| 1. | Gwarancja mechaniczna na ambulans - min. 24 miesiące (bez limitu km). | TAK (określić ilość miesięcy) |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 36 miesięcy. | TAK (określić ilość miesięcy) |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy. | TAK (określić ilość miesięcy) |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące. Parametr dodatkowo punktowany | TAK (określić ilość miesięcy)24 m-ce - 0 pkt.Największa wartość – 10 pkt.Pozostałe proporcjonalnie. |  |
| 5. | Gwarancja na sprzęt medyczny – min. 24 miesiące. | TAK (określić ilość miesięcy) |  |

**WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

|  |
| --- |
| 1. **NOSZE – szt. 1**
 |
| marka (należy podać) - |
| model (należy podać) –  |
| rok produkcji (należy podać) – min. 2020 r |
|  |  | TAK/NIE | **Oferowane parametry** |
| 1. | Wykonane z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. |  |  |
| 2. | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. |  |  |
| 3. | Przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji. |  |  |
| 4. | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min. 75 stopni. |  |  |
| 5. | Z zestawem pasów zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. |  |  |
| 6. | Wyposażone w cienki niesprężynujący materac z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące |  |  |
| 7. | Ze składanymi wzdłużnie poręczami bocznymi. |  |  |
| 8. | Z wysuwanymi rączkami do przenoszenia, umieszczonymi z przodu i tyłu noszy. |  |  |
| 9. | Możliwość wprowadzania noszy przodem i tyłem do kierunku jazdy. |  |  |
| 10. | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą noszy. |  |  |
| 11. | Obciążenie dopuszczalne min. 200 kg (podać) |  |  |
| **II.** | **TRANSPORTER NOSZY (podać producenta i model)** |
| Marka (należy podać) |
| Model (należy podać) |
| 1. | Wyposażony w system niezależnego składania się goleni przednich i tylnych przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z/do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy z pacjentem nawet przez jedną osobę. |  |  |
| 2. | Szybki, bezpieczny i łatwy system połączenia z noszami. |  |  |
| 3. | Regulacja wysokości w minimum 7 poziomach. |  |  |
| 4. | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych Trendelenburga i Fowlera na minimum trzech poziomach pochylenia |  |  |
| 5. | Możliwości zapięcia noszy przodem lub nogami w kierunku jazdy. |  |  |
| 6. | Wyposażony w min. 4 kółka obrotowe w zakresie 360 stopni, min. 2 kółka wyposażone w hamulce. |  |  |
| 7. | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost. |  |  |
| 8. | Cztery główne uchwyty transportera |  |  |
| 9. | Przyciski blokady goleni kodowane kolorami |  |  |
| 10. | Trwałe oznakowanie najlepiej graficzne elementów związanych z obsługą transportera. |  |  |
| 11. | Wykonany z materiału odpornego na korozję, lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. |  |  |
| 12. | Obciążenie dopuszczalne transportera min. 200 kg. |  |  |
| 14. | Waga transportera max 28 kg.Dopuszcza się wyższą wagę transportera do max.36 kg przy ładowności przekraczającej 220 kg, pod warunkiem potwierdzenia zgodności z wymogami normy PN EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważną i PN EN 1865 lub równoważną, poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC-dostarczyć przy dostawie. |  |  |
| 14. | Na oferowany system transportowy (nosze i transporter), deklaracja zgodności – dostarczyć przy dostawie. |  |  |
| 15. | Gwarancja – min. 24 miesiące |  |  |
| **III.** | **RESPIRATOR TRANSPORTOWY** |
|  | Podać markę, model, nazwę producenta/kraj oraz dołączyć folder potwierdzający spełnianie wymogów. | TAK |  |
|  | Respirator transportowy, przenośny, odporny na drgania i wstrząsy, zasilanie, sterowanie pracą oraz alarmami wyłącznie pneumatyczne – z przenośnego lub stacjonarnego źródła sprężonego tlenu. | TAK |  |
|  | Konstrukcja respiratora umożliwiająca użycie respiratora podczas badania rezonansem magnetycznym (respirator umieszczony w komorze wraz z pacjentem), maksymalne statyczne pole magnetyczne – 3 tesla  | TAK |  |
|  | Respirator umożliwiający wentylację pacjentów od ok. 5 kg masy ciała. | TAK |  |
|  | Maksymalna waga samego urządzenie – do 3 kg  | TAK |  |
|  | Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa | TAK |  |
|  | Tryb wentylacji IPPV/CMV | TAK |  |
|  | Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej. | TAK |  |
|  | Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – max – 3 cm H20. | TAK |  |
|  | Wentylacja bierna 100% tlenem – oddech spontaniczny na żądanie z przepływem zależnym od podciśnienia (integralna funkcja respiratora) | TAK |  |
|  | Wentylacja manualna z możliwością prowadzenia RKO | TAK |  |
|  | Respirator z niezależną regulacją częstości i objętości oddechowej. | TAK |  |
|  | Regulacja częstości oddechów z zakresie nie mniejszym niż 8 – 40 oddechów/min  | TAK |  |
|  | Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50 - 1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/min)  | TAK |  |
|  | Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H20 | TAK |  |
| Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV: 100% i 60% | TAK |  |
| Manometr ciśnienia w układzie pacjenta | TAK |  |
| CPAP płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H20 jako integralna część respiratora | TAK |  |
| Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H20 – PEEP – jako integralna część respiratora lub dodatkowy moduł | TAK |  |
|  | Alarmy:- wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu- niskiego ciśnienia w układzie pacjenta - niskiego ciśnienia gazu zasilającego | TAK |  |
|  | Przepływ gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym 6-42 l/min. | TAK |  |
|  | Respirator dostarczany w komplecie z maską resuscytacyjną uniwersalną 5/3 (lub maską 5 i 3), przewodem ciśnieniowym, zasilającym o długości min. 180 cm zakończonym końcówką typu AGA, silikonowym przewodem oddechowym z zastawką pacjenta  | TAK |  |
|  | Transportowy zestaw tlenowy zawierający: - butlę aluminiową na tlen medyczny o pojemności 2,7 l,-reduktor z przepływomierzem 0-25 l/min i szybkozłączem AGA, torbę transportową pozwalająca na umieszczenie w niej zestawu tlenowego oraz respiratora wraz z akcesoriami. Torba powinna posiadać uchwyt do trzymania w dłoni, na ramieniu oraz dodatkowe uchwyty do zawieszenia na noszach transportowych. Konstrukcja wszystkich elementów zestawu pozwala na ich użycie w podczas badania MRI (możliwość umieszczenie wraz z pacjentem w komorze) - jednorazowego użytku system do terapii CPAP stosowany w pomocy doraźnej u pacjentów przytomnych, z ostrymi zaburzeniami oddechowymi, gotowy do użycia po podłączenia do źródła tlenu- po jednym w rozmiarze dla dzieci i dla dorosłych: A) jeden zestaw zawiera co najmniej: maskę jednorazowego użytku z miękkim, dmuchanym kołnierzem, neoprenową uprząż mocującą, system CPAP, przewód tlenowy dł. min. 2 m. B) Regulacja pożądanej wartości ciśnienia CPAP uzyskiwana za pomocą wyboru odpowiedniego przepływu na reduktorze tlenowym. C) Zakres regulacji CPAP: 5-20 cm H20. D) Możliwością umieszczenia nebulizatora pomiędzy maską pacjenta a systemem. E) Port wylotu powietrza umieszczony w jednej linii z przewodem tlenowym, eliminując możliwość przypadkowego zamknięcia  | TAK |  |
|  | Uchwyt ścienny mocujący respirator w ambulansie zgodnym z wymogami polskiej normy PN EN 1789 | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie noszące znamion użytkowania bądź wykorzystywania do prezentacji. | TAK |  |
|  | Autoryzowany przez producenta serwis na terenie Polski. | TAK |  |
|  | Gwarancja na urządzenie – min 24 miesiące  | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV.** | **KRZESEŁKO KARIOLOGICZNE** (podać producenta i model) – 1 szt. | Podać markę i model |  |
|  |  - 4 koła w tym 2 skrętne, - hamulce na kołach tylnych- możliwość złożenia do transportu w ambulansie,- wysuwane i blokowane rączki przednie w min. 3 zakresach,- wysuwany i blokowany uchwyt ramy oparcia w min. 3 zakresach,- udźwig min. 220 kg ,- podpórka pod stopy pacjenta rozkładana- 4 pasy poprzeczne + stabilizator głowy,- dodatkowe rączki tylne blokowane po rozłożeniu,- waga krzesełka max. 15 kg- system płozowy ułatwiający sprowadzanie pacjenta po schodach- krzesełko zgodne z Normą **PN-EN 1865-4:2012 lub równoważną**- deklaracja zgodności CE, potwierdzenie spełnienia Normy **PN-EN 1865-4:2012 lub równoważnej** i karta katalogowa produktu– dokumenty załączyć przy dostawie. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VI.** | **TORBA OPATRUNKOWA–**  1 szt. | Podać markę i model |  |
|  | - Minimalne wymiary: wys. 33 x szer. 28 x dł. 52 cm- waga: max:1,40 kg wykonany z odpornego na przecieranie materiału poliestru 600D x 600D- komora główna posiada trzy regulowane przegrody-max.3 kieszeni zewnętrznych na drobny sprzęt medyczny -kolor: niebieski | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VII.** | **NOSZE PODBIERAJĄCE** | Podać markę i model |  |
| 1 | Łopaty noszy wykonane z aluminium lub tworzywa sztucznego | TAK |  |
| 2 | Rozdzielne na dwie niezależne połowy | TAK |  |
| 3 | Możliwość złożenia noszy do transportu w ambulansie | TAK |  |
| 4 | Regulacja długości  | TAK |  |
| 5 | Wyposażone w pasy dla pacjenta | TAK |  |
| 6 | Udźwig min. 159 kg | TAK |  |
| 7 | Ciężar noszy max. 10 kg  |  |  |
| **VIII.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH**  | Podać markę i model |  |
| 1 | DESKA:- Wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego - min. 12 dużych uchwytów Długość – min. 180 cmSzerokość – min. 41 cmWaga deski – max 9 kg  | TAK |  |
| 2 | PASY ZABEZPIECZAJACE DO DESKI:- konstrukcja pasa dwuczęściowa, wykonane z materiału wodoodpornego, zabezpieczonego przed wnikaniem krwi, olejów i innych substancji ropopochodnych- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski za pomocą karabińczyków – min. 4 szt | TAK |  |
| 3 | STABILIZATOR GŁOWY- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski  | TAK |  |
| **IX.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DZIECI**  | Podać markę i model |  |
| 1 | Deska do stabilizacji poszkodowanego, przeznaczona specjalnie dla dzieci | TAK |  |
| 2 | Wykonana z tworzywa sztucznego, zmywalnego, przepuszczalna dla promieni X | TAK |  |
| 3 | Kompatybilna ze stabilizatorem głowy klockowym  |  |  |
| 4 | STABILIZATOR GŁOWY- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski |  |  |
| 5 | PASY ZABEZPIECZAJACE DO DESKI:- konstrukcja pasa dwuczęściowa, wykonane z materiału wodoodpornego, zabezpieczonego przed wnikaniem krwi, olejów i innych substancji ropopochodnych- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski za pomocą karabińczyków – min. 3 szt  |  |  |
| 6 | Długość min. 1380 mm | TAK |  |
| 7 | Szerokość min. 35 mm | TAK |  |
| 8 | Waga deski max. 4 kg  | TAK |  |
| 9 | Dopuszczalne obciążenie min. 80 kg  | TAK |  |
| **X.** | **KAMIZELKA UNIERUCHAMIAJĄCA TYPU KED** | Podać markę i model |  |
| 1 | Wyposażona w 3 pasy piersiowe z regulacją długości, kodowane kolorami | TAK |  |
| 2 | Wyposażona w 2 pasy pachwinowe | TAK |  |
| 3 | Wyposażona w poduszkę. | TAK |  |
| 4 | Minimum dwa uchwyty transportowe. | TAK |  |
| 5 | Torba transportowa. | TAK |  |
| 6 | Obciążenie min. 150 kg. | TAK |  |
| **XI.** | **PRZENOŚNY SSAK ELEKTRYCZNY** | Podać markę i model |  |
| 1 | Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do 80 kPa | TAK |  |
| 2 | Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie | TAK |  |
| 3 | Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości min. 1 litr | TAK |  |
| 4 | Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy | TAK |  |
| 5 | Maksymalny przepływ powyżej 20 l/min | TAK |  |
| 6 | Zasilanie akumulatorowe zapewniające minimum 45 minut pracy | TAK |  |
| 7 | Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu ssaka | TAK |  |
| **XII.** | **APARAT DO MIERZENIA CIŚNIENIA STACJONARNY** | Podać markę i model |  |
| 1 | Ciśnieniomierz mocowany na ścianę lub szynę Modura  | TAK |  |
| 2 | Wykonany z wytrzymałego tworzywa ABS | TAK |  |
| 3 | Średnica tarczy ciśnieniomierza min. 15 cm ś z możliwością obrotu o min. 90 stopni | TAK |  |
| 4 | Dwudrenowy mankiet wykonano z nylonu | TAK |  |
| 5 | Wyposażenie: Przewód spiralny o długości 2 m, mankiet dla dorosłych otyłych, dorosłych, 3 mankiety dla dzieci i stetoskop  | TAK |  |
| **XIII.** | **TORBO-PLECAK REANIMACYJNY WYKONANY Z MATERIAŁU UMOŻLIWIAJĄCEGO MYCIE I DEZYNFEKCJĘ.** | Podać markę i model |  |
| 1 | Wymiary 50 cm x 40 cm x 30 cm +/- 10 % | TAK |  |
| 2 | Wyposażony w pasy szelkowe i pas biodrowy | TAK |  |
| 3 | Wyposażony w min. jedną zewnętrzną kieszeń | TAK |  |
| 4 | Komora główna wyposażona w organizery ułatwiające utrzymanie porządku, lub odpowiednie przegrody umożliwiające posegregowanie sprzętu. | TAK |  |
| 5 | Wyposażony w ampularium na min. 60 ampułek. | TAK |  |