**Załącznik Nr 1 do SIWZ – Część II**

**Numer postępowania: MCM/WSM/ZP10/2020**

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Część Nr 2 Ambulans dla Powiatowego Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | Spełnienie wymogu **TAK/NIE WYPEŁNIĆ** | **Opis oferowanego przedmiotu zamówienia ( parametry-opis ) WYPEŁNIĆ** |
|  | Samochód fabrycznie nowy rok produkcji nie starszy niż 2019r. |  |  |
|  | Producent, model oferowanego pojazdu |  |  |
|  | gwarancja mechaniczna na pojazd bazowy min – 24 m-cy bez limitu kilometrów |  |  |
|  | Przedłużona gwarancja minimum 5 lat lub 200.000km |  |  |
|  | gwarancja na powłoki lakiernicze – min. 36 miesięcy |  |  |
|  | gwarancja na zabudowę medyczną - min. 24 miesiące |  |  |
|  | gwarancja na wyposażenie medyczne – min. 24 miesiące |  |  |
|  | gwarancja na perforację korozyjną elementów nadwozia - min. 72 miesiące |  |  |
| **NADWOZIE** | | | |
|  | Typu „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5t częściowo przeszklony |  |  |
|  | Długość całkowita pojazdu min. 5500 mm |  |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu lub pełna ściana |  |  |
|  | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 180 stopni, wyposażone w blokady położenia skrzydeł |  |  |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z dodatkowym wewnętrznym uchwytem, z otwieraną szybą |  |  |
|  | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny |  |  |
|  | Kolor nadwozia biały zgodnie z PN EN 1789 |  |  |
|  | Centralny zamek wszystkich drzwi sterowany pilotem |  |  |
|  | Autoalarm |  |  |
|  | Immobilizer |  |  |
|  | Przystosowany do przewozu min. 4 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach |  |  |
|  | Okna w przedziale medycznym w 2/3 wysokości wyklejone folią półprzeźroczystą |  |  |
|  | Izolacja termiczna i akustyczna ścian |  |  |
|  | Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy oraz przedziale medycznym widoczna dla kierowcy. Ze wskazaniem które drzwi są niedomknięte |  |  |
|  | Fotel kierowcy regulowany w min 3 płaszczyznach z regulacją oparcia, wysokości siedziska oraz z podłokietnikiem |  |  |
|  | Fotel pasażera z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem |  |  |
|  | Przednia poduszka powietrzna kierowcy |  |  |
|  | Elektrycznie podnoszone szyby w kabinie kierowcy |  |  |
|  | Radioodtwarzacz fabryczny |  |  |
|  | Światła przeciwmgielne przednie |  |  |
|  | Fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy |  |  |
|  | Minimum dwa fabryczne gniazda (USB i 12V) w kabinie kierowcy |  |  |
|  | Drzwi przednie ze schowkami |  |  |
| **SILNIK I NAPĘD** | | | |
|  | Turbodiesel o pojemności od 2000 cm³ do 3000 cm3 |  |  |
|  | Spełniający wymagania normy Euro 6 |  |  |
|  | Moc silnika min. 95 kW (podać moc w KM i KW oferowanego silnika oraz moment obrotowy w Nm.) |  |  |
|  | Skrzynia biegów manualna lub automatyczna |  |  |
|  | Napęd na koła przednie lub 4 x 4 |  |  |
| **UKŁAD HAMULCOWY** | | | |
|  | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania wraz z elektronicznym korektorem siły hamowania |  |  |
|  | Wspomaganie układu hamulcowego |  |  |
|  | System rozdziału siły hamowania |  |  |
| **UKŁAD KIEROWNICZY** | | | |
|  | Regulowana kolumna kierownicy |  |  |
| **ZAWIESZENIE** | | | |
|  | System elektronicznej stabilizacji toru jazdy typu ESP lub równoważny tj. spełniający to samo zadanie |  |  |
|  | Zawieszenie zapewniające stabilną, bezpieczną i komfortową jazdę |  |  |
| **KOŁA I OGUMIENIE** | | | |
|  | Rozmiar felg min. 16 cali |  |  |
| **OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik |  |  |
|  | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 1,8 kW |  |  |
|  | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania typu powietrznego o mocy min. 2,0 kW – umożliwiający dodatkowo ogrzewanie wnętrza pojazdu do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem silnika |  |  |
|  | Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę |  |  |
|  | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału sanitarnego i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego |  |  |
| **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | |
|  | Alternator min. 120 A |  |  |
|  | 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 (podać pojemność akumulatorów) |  |  |
|  | 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 ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju. |  |  |
|  | Minimum 3 gniazda 230 V w przedziale medycznym z bezpiecznikami zabezpieczającymi |  |  |
|  | Gniazda zasilające 12V (min. 4) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 12V) |  |  |
| **OZNAKOWANIE POJAZDU** | | | |
|  | W przedniej części pojazdu belka świetlna typu LED (światło niebieskie) z podświetlanym napisem AMBULANS |  |  |
|  | 4 lampy typu LED (światło niebieskie) zamontowane na wysokości pasa przedniego (w tym dwie na przednich błotnikach) |  |  |
|  | 2 lampy typu LED (światło niebieskie) zamontowane w lusterkach |  |  |
|  | W tylnej części pojazdu minimum 3 lampy typu LED (światło niebieskie) |  |  |
|  | Dodatkowe światła awaryjne zamontowane w tylnej części pojazdu |  |  |
|  | Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas barwy czerwonej pod niebieskim |  |  |
|  | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu |  |  |
|  | Napis AMBULANS na tylnych drzwiach pojazdu |  |  |
|  | Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego |  |  |
|  | Logotyp i nazwa Zamawiającego – zostanie uzgodnione z wybranym Wykonawcą |  |  |
| **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | |
|  | Światło rozproszone (energooszczędne oświetlenie LED) umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego |  |  |
|  | Oświetlenie punktowe (regulowane punkty świetlne LED nad noszami w suficie) |  |  |
|  | Włączenie /wyłączenie oświetlenia (min. jednej lampy) po otwarciu /zamknięciu drzwi przedziału medycznego |  |  |
|  | Dodatkowe oświetlenie punktowe LED zainstalowane nad blatem roboczym |  |  |
|  | Oświetlenie nocne LED – transportowe z oddzielnym włącznikiem |  |  |
| **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | |
|  | Na ścianach bocznych zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, zamykany na zamek schowek, zamykane i podświetlone półki górne na prawej i lewej ścianie, zamykane przeźroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnym ciągu szafek |  |  |
|  | Na ścianie działowej zespół szafek z miejscem do zamocowania plecaka ratowniczego lub torby medycznej z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną |  |  |
|  | Min. 3 chwyty do płynów infuzyjnych mocowane w suficie |  |  |
|  | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia |  |  |
|  | Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzanie noszy oraz z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga (o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu (podać markę i model podstawy oraz załączyć folder wraz z opisem) |  |  |
|  | Na ścianie lewej - panele montażowe do sprzętu medycznego wykonane z blachy, regulowane min. 3 szt. |  |  |
| **PANEL STEROWANIA** | | | |
|  | Informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu |  |  |
|  | Informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu |  |  |
|  | Sterujący oświetleniem przedziału medycznego |  |  |
|  | Sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego |  |  |
|  | Zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury |  |  |
| **CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA** | | | |
|  | Min. 3 punkty poboru na ścianie lewej –dwa typu AGA i jeden typu DIN |  |  |
|  | Miejsce na dwie butle tlenowe o pojemności 10 l (wymiary butli średnica 14 cm, wysokość 92 cm) |  |  |
|  | Miejsce na zapasową butlę tlenową o pojemności 2-2,7 l (wymiary butli średnica 10 cm, wysokość 51 cm) |  |  |
| **OŚWIETLENIE ROBOCZE** | | | |
|  | 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 |  |  |
| **SYGNALIZACJA DŹWIĘKOWA** | | | |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany z możliwością przekazywania komunik |  |  |
| **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | |
|  | Kabina kierowcy przystosowana do zainstalowania radiotelefonu przewoźnego |  |  |
| **WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | |
|  | Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki |  |  |
|  | Urządzenie do wybijania szyb z nożem do pasów |  |  |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym min. 2 kg |  |  |
|  | Kosz na śmieci min. 2 szt. |  |  |
| **PANEL STEROWANIA W KABINIE KIEROWCY** | | | |
|  | Informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych |  |  |
|  | Informujący kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V |  |  |
|  | Informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |  |
|  | Ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |  |
| **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** | | | |
|  | Długość przedziału medycznego min. 3100 mm (podać długość przedziału medycznego w mm) |  |  |
|  | Szerokość przedziału medycznego min. 1700 mm (podać szerokość przedziału medycznego w cm) |  |  |
|  | Wysokość przedziału medycznego min. 1850 mm (podać wysokość przedziału medycznego w cm) |  |  |
|  | Jedno obrotowe o kąt min. 90o miejsce siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, że składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1 (podać markę, model) |  |  |
|  | Jeden fotel kardiologiczny z możliwością wpięcia w mocowanie w podłodze |  |  |
|  | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne |  |  |
|  | Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian |  |  |
|  | Ściany boczne, sufit z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym |  |  |
|  | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów |  |  |
|  | Miejsce mocowania defibrylatora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego) \* |  |  |
|  | Miejsce mocowania respiratora umożliwiające korzystanie w czasie jazdy (uchwyt Zamawiającego) \* |  |  |
|  | Miejsce mocowania pompy infuzyjnej (uchwyt Zamawiającego) \* |  |  |
|  | Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min. 3 litry z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem |  |  |
|  | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu – nie mniej niż na 2 na ścianie i 1 na suficie. Ich lokalizacja zostanie ustalona w trakcie realizacji zamówienia |  |  |
|  | Szczegóły dotyczące zabudowy przedziału medycznego (rozmieszczenie sprzętu) zostaną ustalone po podpisaniu umowy z wybranym Wykonawcą |  |  |
|  | Załączyć komplet dokumentów umożliwiających rejestrację pojazdu jako specjalny sanitarny i uprzywilejowany w ruchu drogowym |  |  |

**Uwaga: W kolumnie „Spełnienie wymogu” TAK – oznacza spełnienie wymogu NIE lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty**

**Wymagania dotyczące umowy leasingu :**

1. Waluta – złoty polski,
2. Pierwsza wpłata – 5%,
3. Okres finansowania 48 miesięcy w równych ratach leasingowych.
4. Opłata za wykup (depozyt gwarancyjny) uiszczany jest razem z ostatnią ratą.
5. Opłata wykupu – 1%,
6. Wszelkie koszty powstałe przy przekazywaniu przedmiotu leasingu, takie jak transport do siedziby zamawiającego ponosi wykonawca,
7. W czynsze leasingowe Wykonawca wliczy koszty wieloletniego pakietu ubezpieczeniowego OC + AC + NW.
8. Terminy płatności oraz wysokość rat leasingowych zostaną określone w umowie leasingowej.
9. W związku z tym, iż leasingodawcami są instytucje finansowe dysponujące własnymi projektami umów Wykonawca przedstawi projekt umowy leasingu wraz z ofertą.
10. Zamawiający pozostawia sobie prawo do wprowadzenia zmian w przedstawionym przez Wykonawcę projekcie umowy.
11. Wykonawca po otrzymaniu wynagrodzenia z tytułu wykupu przedmiotu leasingu przekaże Zamawiającemu w terminie 7 dni dokumenty, stwierdzające przeniesienie własności na Zamawiającego w tym fakturę zakupu oraz umowę sprzedaży.

Uwaga:

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie „parametr oferowany” były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog).

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta. W przypadku wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji sprzętu i jego parametrów technicznych.

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

miejscowość, data

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

podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy