*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**  (wypełnia w całości i podpisuje wykonawca) | | | ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy* | **w trybie przetargu nieograniczonego**  **na część 1 zamówienia** |   **Zamawiający:**  **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**  **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**  **09-400 PŁOCK, UL. GWARDII LUDOWEJ 5.**  **Przedmiot Zamówienia:**  **Dostawy** pn.: zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie.  **Oznaczone znakiem: TZPiZI-3813/06/D/16**  **Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**   |  |  | | --- | --- | | Zarejestrowana nazwa Wykonawcy1 |  | | Zarejestrowany adres siedziby Wykonawcy1 |  | | Adres do korespondencji |  | | REGON |  | | NIP |  | | Nr telefonu  Nr faksu |  | | Strona internetowa: |  | | Adres e-mail: |  |   1 w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum  **Ja/my**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Imiona i nazwiska osób reprezentujących Wykonawcę  Składam(my) we własnym imieniu / jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*, odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, opublikowany w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr …………………- ………… dnia …………………….. r. przez Zamawiającego, którego przedmiotem są: **Dostawy** pn.: **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie.**  Składając ofertę jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia oświadczamy, że będziemy odpowiadać solidarnie za realizację niniejszego zamówienia oraz że wyznaczony przez nas pełnomocnik zostanie upoważniony do zaciągania zobowiązań i otrzymywania instrukcji na rzecz  i w imieniu każdego z nas\*.   1. **Oferuję/my\* wykonanie dostawy objętej zamówieniem publicznym zgodnie z warunkami i postanowieniami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz poniższego opisu dla części 1 zamówienia:**   **2 sztuki ambulansów sanitarnych typu C** marki ….……………….………. model …………………….…….. rok produkcji ……………………………., wyprodukowane przez …………………………………………….……………… z zamontowaną lawetą ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  nazwa firmy: model urządzenia rok produkcji   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot**  **zamówienia** | Ilość sztuk | Wartość netto  PLN | Stawka podatku VAT | Wartość podatku VAT | Wartość brutto  PLN | Okres gwarancji  (w miesiącach) | Termin wykonania  (w dniach) | | Ambulans sanitarny z zabudową typu C | 2 |  |  |  |  |  |  | | **RAZEM:** | |  |  |  |  | X | X |     Słownie wartość oferty brutto : .............................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Do oferty załączam – wypełniony i podpisany opis przedmiotu zamówienia będący integralna częścią IDW – *załącznik nr 7 do IDW*  dla części 1 zamówienia Zał. Nr … str.....  Warunki rozliczania się Zamawiającego z Wykonawcą za realizacje przedmiotu umowy opisane w umowie akceptujemy oraz zobowiązujemy się dostarczyć w dniu podpisania umowy harmonogram spłat zawierający datę spłaty (30-tgo danego miesiąca) i kwotę (rata) ostatnim miesiącem spłaty kredytu powinien być miesiąc **czerwiec 2017 r.**     1. **Potwierdzam/my\* spełnienie wymagań formalno prawnych, na potwierdzenie załączam następujące dokumenty:** 2. oświadczenie potwierdzające spełnienie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 3 do SIWZ. Zał. Nr … str. ... 3. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 4 do SIWZ. Zał. Nr … str. ... 4. w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik **– pełnomocnictwo** określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy Zał. Nr… str. … 5. wpłata wadium: 6. Forma w jakiej zostało wniesione wadium …………………………………….. Zał. Nr… str. … 7. Kwota wniesionego wadium …………………. PLN   Nazwa i numer podstawowego konta bankowego, na które mają być dokonywane zwroty wadium w przypadku złożenia ich w pieniądzu:  nr konta …………………..……….………................................................................................................   1. w przypadku, gdy ofertę składają **Wykonawcy ubiegający się wspólnie** o udzielenie zamówienia – dokument pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w danym postępowaniu. Zał. Nr…. str. … 2. **Oświadczenia i potwierdzenia Wykonawcy przyjęcia do wiadomości warunków i ustaleń**   **OŚWIADCZAM(Y)**,\***:**   1. że zapoznałem się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz że uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty. 2. że uważam się związany niniejsza ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert. 3. że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia Umowy z Zamawiającym na warunkach tam określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, 4. iż informacje i dokumenty zawarte w oddzielnej kopercie „Tajemnica przedsiębiorstwa”, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazujemy na stronie ………….. oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępnione.   Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień Publicznych, wykazuję iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnice przedsiębiorstwa *(wykonawca musi wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa – opisać poniżej lub załączyć odpowiedni dokument)*  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………*   1. że uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury przetargowej stanowiące integralną część SIWZ, wyszczególnione we wszystkich przesłanych pismach przez Zamawiającego i zamieszczonych na stronie [www.wspritsplock.pl](http://www.wspritsplock.pl) 2. że wybór oferty **będzie prowadził/ nie będzie prowadził**\* do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (Jeśli będzie prowadził wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku w niniejszym dokumencie). 3. **OŚWIADCZAM(Y)\*, iż** 4. Zamówienie zrealizuję(-my) samodzielnie**\*** 5. Powierzę(-ymy) podwykonawcom wykonanie zamówienia w następującym zakresie (proszę wymienić części zamówienia, których powierzenie dotyczy):**\***   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nazwa firmy i zakres prac)*   1. Upoważniam/my następującą osobę do kontaktów w celu uzyskania dalszych informacji, jeżeli będą wymagane : ………………………………………………………………………… tel./fax. ………………………… 2. W zakresie obowiązków wynikających w trakcie realizacji umowy *(przyjmowanie reklamacji),* upoważniamy Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………..   tel./fax. …………………………………………………………………. adres email: ……………………………………….  Z uwagi na to, że nasza Firma ma siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej składamy zamiennie, zgodnie z zapisami Rozdziału VII IDW następujące, wystawione zgodnie z prawem kraju, w którym Firma ma siedzibę, dokumenty: …………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  (należy wymienić składane dokumenty)  **OFERTĘ** wraz z załącznikamiskładam(y) na …………. kolejno ponumerowanych stronach.  ……………………………. dnia ………2016 roku    ……………………………………………………..………  podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka  z imieniem i nazwiskiem  \* Wykonawca niepotrzebne skreśla lub je usuwa. |

*Załącznik Nr 2 do SIWZ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**  (wypełnia w całości i podpisuje wykonawca) | | | ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy* | **w trybie przetargu nieograniczonego**  **na część 2 zamowienia** |   **Zamawiający:**  **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**  **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**  **09-400 PŁOCK, UL. GWARDII LUDOWEJ 5.**  **Przedmiot Zamówienia:**  **Dostawy** pn.: zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie.  **Oznaczone znakiem: TZPiZI-3813/06/D/16**  **Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**   |  |  | | --- | --- | | Zarejestrowana nazwa Wykonawcy1 |  | | Zarejestrowany adres siedziby Wykonawcy1 |  | | Adres do korespondencji |  | | REGON |  | | NIP |  | | Nr telefonu  Nr faksu |  | | Strona internetowa: |  | | Adres e-mail: |  |   1 w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum  **Ja/my**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Imiona i nazwiska osób reprezentujących Wykonawcę  Składam(my) we własnym imieniu / jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia\*, odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym, opublikowany w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr …………………- ………… dnia …………………….. r. przez Zamawiającego, którego przedmiotem są: **Dostawy** pn.: **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie.**  Składając ofertę jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia oświadczamy, że będziemy odpowiadać solidarnie za realizację niniejszego zamówienia oraz że wyznaczony przez nas pełnomocnik zostanie upoważniony do zaciągania zobowiązań i otrzymywania instrukcji na rzecz  i w imieniu każdego z nas\*.   1. **Oferuję/my\* wykonanie dostawy objętej zamówieniem publicznym zgodnie z warunkami i postanowieniami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz poniższego opisu dla części 2 zamówienia:**  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot**  **zamówienia** | Ilość sztuk | Wartość netto  PLN | Stawka podatku VAT | Wartość podatku VAT | Wartość brutto  PLN | Okres gwarancji  (w miesiącach) | Termin dostawy  (w dniach) | | Defibrylator transportowy | 2 |  |  |  |  |  |  | | Nosze transportowe wraz z transporterem | 2 |  |  |  |  |  |  | | Nosze podbierakowe | 2 |  |  |  |  |  |  | | Krzesełko transportowe | 2 |  |  |  |  |  |  | | Deska ortopedyczna | 2 |  |  |  |  |  |  | | **RAZEM:** | |  |  |  |  | X | X |     Słownie wartość oferty brutto : .............................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Do oferty załączam – wypełniony i podpisany opis przedmiotu zamówienia będący integralna częścią IDW – *załącznik nr 8 do IDW*  dla części 1 zamówienia Zał. Nr … str.....  Warunki rozliczania się Zamawiającego z Wykonawcą za realizacje przedmiotu umowy opisane w umowie akceptujemy oraz zobowiązujemy się dostarczyć w dniu podpisania umowy harmonogram spłat zawierający datę spłaty (30-tgo danego miesiąca) i kwotę (rata). Ostatnim miesiącem spłaty kredytu powinien być **trzeci miesiąc licząc od dnia przekazania sprzętu medycznego**.     1. **Potwierdzam/my\* spełnienie wymagań formalno prawnych, na potwierdzenie załączam następujące dokumenty:** 2. oświadczenie potwierdzające spełnienie przez Wykonawcę warunków udziału w postępowaniu sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 3 do SIWZ. Zał. Nr … str. ... 3. oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania sporządzone wg wzoru Zamawiającego załączniki nr 4 do SIWZ. Zał. Nr … str. ... 4. w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik **– pełnomocnictwo** określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy Zał. Nr… str. … 5. wpłata wadium: 6. Forma w jakiej zostało wniesione wadium …………………………………….. Zał. Nr… str. … 7. Kwota wniesionego wadium …………………. PLN   Nazwa i numer podstawowego konta bankowego, na które mają być dokonywane zwroty wadium w przypadku złożenia ich w pieniądzu:  nr konta …………………..……….………................................................................................................   1. w przypadku, gdy ofertę składają **Wykonawcy ubiegający się wspólnie** o udzielenie zamówienia – dokument pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w danym postępowaniu. Zał. Nr…. str. … 2. **Oświadczenia i potwierdzenia Wykonawcy przyjęcia do wiadomości warunków i ustaleń**   **OŚWIADCZAM(Y)**,\***:**   1. że zapoznałem się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz że uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty. 2. że uważam się związany niniejsza ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert. 3. że zapoznaliśmy się ze wzorem umowy i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia Umowy z Zamawiającym na warunkach tam określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, 4. iż informacje i dokumenty zawarte w oddzielnej kopercie „Tajemnica przedsiębiorstwa”, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, co wykazujemy na stronie ………….. oferty i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępnione.   Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień Publicznych, wykazuję iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnice przedsiębiorstwa *(wykonawca musi wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa – opisać poniżej lub załączyć odpowiedni dokument)*  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………*   1. że uwzględniliśmy zmiany i dodatkowe ustalenia wynikłe w trakcie procedury przetargowej stanowiące integralną część SIWZ, wyszczególnione we wszystkich przesłanych pismach przez Zamawiającego i zamieszczonych na stronie [www.wspritsplock.pl](http://www.wspritsplock.pl) 2. że wybór oferty **będzie prowadził/ nie będzie prowadził**\* do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. (Jeśli będzie prowadził wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku w niniejszym dokumencie). 3. **OŚWIADCZAM(Y)\*, iż** 4. Zamówienie zrealizuję(-my) samodzielnie**\*** 5. Powierzę(-ymy) podwykonawcom wykonanie zamówienia w następującym zakresie (proszę wymienić części zamówienia, których powierzenie dotyczy):**\***   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nazwa firmy i zakres prac)*   1. Upoważniam/my następującą osobę do kontaktów w celu uzyskania dalszych informacji, jeżeli będą wymagane : ………………………………………………………………………… tel./fax. ………………………… 2. W zakresie obowiązków wynikających w trakcie realizacji umowy *(przyjmowanie reklamacji),* upoważniamy Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………..   tel./fax. …………………………………………………………………. adres email: ……………………………………….  Z uwagi na to, że nasza Firma ma siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej składamy zamiennie, zgodnie z zapisami Rozdziału VII IDW następujące, wystawione zgodnie z prawem kraju, w którym Firma ma siedzibę, dokumenty: …………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  (należy wymienić składane dokumenty)  **OFERTĘ** wraz z załącznikamiskładam(y) na …………. kolejno ponumerowanych stronach.  ……………………………. dnia ………2016 roku    ……………………………………………………..………  podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka  z imieniem i nazwiskiem  \* Wykonawca niepotrzebne skreśla lub je usuwa. |

*Załącznik nr 3 do SIWZ*

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **dotyczące spełnienia Warunków udziału w postępowaniu** | |
| ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców* | *składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zmianami (dalej jako ustawa Pzp.)* |

**Zamawiający:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**

**09-400 PŁOCK, uL. GWARDII LUDOWEJ 5.**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

.……………………………….…………………………………………………………………………………....…….……

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

### 

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego - dostawa pn. **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie** prowadzonego przez SP ZOZ Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku, ***oznaczone znakiem:TZPiZI.3813/06/D16 dla części ……………*** (należy wskazać część zamowienia),oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam/y, że spełniam warunki udziału w postępowaniu (art. 22 ust. 1 b ustawy Pzp.) określone przez zamawiającego w SIWZ Rozdział V punkt 5.2 to jest:

- dot. kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;

- dot. sytuacji ekonomicznej lub finansowej;

- dot. zdolności technicznej lub zawodowej

……………………………………………………………………………………………………………………………………….……   
 *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ Rozdział V punkt 5.2

…………………….………………………………………………………………..……………………………………………………

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………

..……………………………………………………………………………………………………………………………………,

w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………..  
……………………………………………………………………………………………………………………………………

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

………………………..………………………………

Podpis/y (osób) wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadającej/ych pełnomocnictwo/a

(Zalecamy czytelny podpis/y lub podpis/y i pieczątka/i

z imieniem i nazwiskiem)

*Załącznik nr 4 do SIWZ*

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania** | |
| ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców* | *składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zmianami (dalej jako ustawa Pzp.)* |

**Zamawiający:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**

**09-400 PŁOCK, uL. GWARDII LUDOWEJ 5.**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………....…….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

### 

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego – dostawa pn.: **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie**, prowadzonego przez SP ZOZ Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego   
w Płocku, ***oznaczone znakiem:TZPiZI.3813/06/D/16 dla części ……………*** (należy wskazać część zamowienia)*,* **oświadczam, co następuje:**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp., zgodnie z którym Zamawiający wyklucza z postępowania o udzielenie zamówienia:

1) Wykonawcę, który nie wykazał spełniania warunków udziału w postępowaniu lub nie został zaproszony do negocjacji lub złożenia ofert wstępnych albo ofert, lub nie wykazał braku podstaw wykluczenia;

2) Wykonawcę będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za przestępstwo:

a) o którym mowa w­ art. 165a, art. 181–188, art. 189a, art. 218–221, art. 228–230a, art. 250a, art. 258 lub art. 270–309 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. poz. 553, z późn. zm.[5](https://szukio.pl/pzp2016v10.html#sdfootnote5sym))) lub­ art. 46 lub art. 48 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2016 r. poz. 176),

b) o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny,

c) skarbowe,

d) o którym mowa w art. 9 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769);

3) Wykonawcę, jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w pkt 13 pzp;

4) Wykonawcę, wobec którego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną   
o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, chyba że wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;

5) Wykonawcę, który w wyniku zamierzonego działania lub rażącego niedbalstwa wprowadził zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, że nie podlega wykluczeniu, spełnia warunki udziału w postępowaniu lub obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria, zwane dalej „kryteriami selekcji”, lub który zataił te informacje lub nie jest w stanie przedstawić wymaganych dokumentów;

6) Wykonawcę, który w wyniku lekkomyślności lub niedbalstwa przedstawił informacje wprowadzające w błąd zamawiającego, mogące mieć istotny wpływ na decyzje podejmowane przez zamawiającego w postępowaniu o udzielenie zamówienia;

7) Wykonawcę, który bezprawnie wpływał lub próbował wpłynąć na czynności zamawiającego lub pozyskać informacje poufne, mogące dać mu przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia;

8) Wykonawcę, który brał udział w przygotowaniu postępowania o udzielenie zamówienia lub którego pracownik, a także osoba wykonująca pracę na podstawie umowy zlecenia, o dzieło, agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, brał udział w przygotowaniu takiego postępowania, chyba że spowodowane tym zakłócenie konkurencji może być wyeliminowane w inny sposób niż przez wykluczenie wykonawcy z udziału w postępowaniu;

9) Wykonawcę, który z innymi wykonawcami zawarł porozumienie mające na celu zakłócenie konkurencji między wykonawcami w postępowaniu o udzielenie zamówienia, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych;

10) Wykonawcę będącego podmiotem zbiorowym, wobec którego sąd orzekł zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne na podstawie ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2015 r. poz. 1212, 1844 i 1855 oraz z 2016 r. poz. 437 i 544);

11) Wykonawcę, wobec którego orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp zgodnie z którym Zamawiający wyklucza z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcę:
2. w stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidację jego majątku lub sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2015 r. poz. 978, 1259, 1513, 1830 i 1844) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2015 r. poz. 233, 978, 1166, 1259 i 1844);
3. który w sposób zawiniony poważnie naruszył obowiązki zawodowe, co podważa jego uczciwość,   
   w szczególności gdy wykonawca w wyniku zamierzonego działania lub rażącego niedbalstwa nie wykonał lub nienależycie wykonał zamówienie, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych;
4. jeżeli wykonawca lub osoby, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 14 ustawy Pzp, uprawnione   
   do reprezentowania wykonawcy pozostają w relacjach określonych w art. 17 ust. 1 pkt 2–4 ustawy Pzp z:
5. zamawiającym,
6. osobami uprawnionymi do reprezentowania zamawiającego,
7. członkami komisji przetargowej,
8. osobami, które złożyły oświadczenie, o którym mowa w art. 17 ust. 2a ustawy Pzp - chyba że jest możliwe zapewnienie bezstronności po stronie zamawiającego w inny sposób niż przez wykluczenie wykonawcy z udziału w postępowaniu;
9. który, z przyczyn leżących po jego stronie, nie wykonał albo nienależycie wykonał w istotnym stopniu wcześniejszą umowę w sprawie zamówienia publicznego lub umowę koncesji, zawartą z zamawiającym, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1–4 ustawy Pzp, co doprowadziło do rozwiązania umowy lub zasądzenia odszkodowania;
10. będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za wykroczenie przeciwko prawom pracownika lub wykroczenie przeciwko środowisku, jeżeli za jego popełnienie wymierzono karę aresztu, ograniczenia wolności lub karę grzywny nie niższą niż 3000 złotych;
11. jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za wykroczenie, o którym mowa w pkt 5;
12. wobec którego wydano ostateczną decyzję administracyjną o naruszeniu obowiązków wynikających z przepisów prawa pracy, prawa ochrony środowiska lub przepisów o zabezpieczeniu społecznym, jeżeli wymierzono tą decyzją karę pieniężną nie niższą niż 3000 złotych;
13. który naruszył obowiązki dotyczące płatności podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 15, chyba że wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………..…. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………..………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: …………………………………………… ……………………………………………………………………..….…………. *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Dokumenty potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z udziału w postępowaniu dostępne są w formie elektronicznej i można je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych pod adresem internetowym:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………………………

Podpis/y (osób) wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadającej/ych pełnomocnictwo/a

(Zalecamy czytelny podpis/y lub podpis/y i pieczątka/i

z imieniem i nazwiskiem)

*Załącznik nr 5 do SIWZ*

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **DOTYCZĄCE GRUPY KAPITAŁOWEJ** | |
| ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców* | *składane w związku z art. 24 ust. 1 pkt 23 oraz ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień  publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 z późn. zm.)* |

**Zamawiający:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**

**09-400 PŁOCK, UL. GWARDII LUDOWEJ 5.**

**Przedmiot Zamówienia:**

**Dostawa** pn.: **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie**.

**Oznaczone znakiem: TZPiZI-3813/06/D/16.**

**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
| ……… | ……………………………………………………………………………………… | …………………………………… |
| ……… | ……………………………………………………………………………………… |  |

*\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.*

### 

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

będąc uczestnikiem postępowania o udzielnie zamówienia publicznego na „**zakup dwóch**

**ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie”   
 *dla części ……………*** (należy wskazać część zamowienia)

**oświadczam, że:**

1. podmiot/podmioty, który reprezentuję **nie należy/ą** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634) z wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty w przedmiotowym postępowaniu\*
2. podmiot/podmioty, który reprezentuję **należy/ą** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634) z niżej wymienionym/mi wykonawcą/ami, który/rzy złożył/li odrębne oferty w przedmiotowym postępowaniu\*
   * + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oraz w załączeniu **przedstawiam dowody**, że powiązania z wykonawcą/ami wymienionym/mi   
 powyżej nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu.

……………………………. dnia ………2016 roku.

………………………………………………………….

Podpis/y (osób) wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadającej/ych pełnomocnictwo/a

(Zalecamy czytelny podpis/y lub podpis/y i pieczątka/i

z imieniem i nazwiskiem)

*\*niepotrzebne skreślić*

*Załącznik nr 6 do SIWZ*

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **wykaz wykonanych dostaw** | |
| ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców* | w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie. |

**Zamawiający:**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**

**09-400 PŁOCK, UL. GWARDII LUDOWEJ 5.**

**Przedmiot Zamówienia:**

**Dostawa** pn.: **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie.**

**Oznaczone znakiem: TZPiZI-3813/06/D/16.**

**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
| ……… | ……………………………………………………………………………………… | …………………………………… |
| ……… | ……………………………………………………………………………………… |  |

*\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.*

### 

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego   
w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych zwanej dalej „ustawą Pzp” (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164   
z późn. zm.) **PRZEDSTAWIAM(MY) wykaz dostaw dla części ……..** (wskazać część zamowienia):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot -**  **rodzaj dostarczonego produktu** | | **Wartość zamówienia wykonanego przez Wykonawcę** | | **Czas realizacji** | | **Nazwa i adres Zamawiającego** |
| **Początek** | **Koniec** |
| **Rodzaj asortymentu** | **ilość** | **netto** | **brutto** |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***5.*** | ***6.*** | ***7.*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Należy załączyć dowody określające, że te dostawy zostały lub są wykonywane należycie. Dowodami są referencje lub inne dokumenty wystawione przez podmiot na rzecz którego dostawy były wykonane.*

……………………………. dnia ………2016 roku.

………………………………………………………….

Podpis/y (osób) wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadającej/ych pełnomocnictwo/a

(Zalecamy czytelny podpis/y lub podpis/y i pieczątka/i

z imieniem i nazwiskiem)

DZIAŁ II SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

1. **Przedmiotem zamówienia jest**  dostawa pn.: **zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C wraz ze sprzętem medycznym na ich wyposażenie to jest:**
2. dwóch defibrylatorów transportowych.
3. dwóch noszy transportowych wraz z transporterem,
4. dwóch noszy podbierakowych aluminiowych,
5. dwóch krzesełek transportowych,
6. dwóch desek ortopedycznych.
7. Zamówienia podzielono na części:

**Część 1** - zakup dwóch ambulansów sanitarnych typu C – opis przedmiotu zamówienia stanowi *załącznik nr 7* do IDW,

**Część 2 -** zakup sprzętu medycznego na wyposażenie dwóch ambulansów typu C – opis przedmiotu zamówienia stanowi *załącznik nr 8* do IDW.

1. **Termin realizacji –** wykonanie przedmiotu umowy w nieprzekraczalnym terminie:

Dla część 1 - sprzedaż dwóch ambulansów sanitarnych typu C 40 dni,

Dla część 2 **-** zakup sprzętu medycznego na wyposażenie dwóch ambulansów typu C 30 dni.

licząc od dnia podpisania umowy.

**Wymagania do ambulansów**

1. Ambulanse muszą odpowiadać przepisom zawartym w rozporządzeniu Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 25 marca 2013 r. w sprawie homologacji typu pojazdów samochodowych i przyczep oraz ich przedmiotów wyposażenia lub części ( tekst jednolity Dz. U z 2015 r. poz. 1475 ze zm.)
2. Oferowane ambulanse powinny spełniać wymagania aktualnej normy PN EN 1789 lub równoważnej, w zakresie odpowiednim do niniejszego postępowania opisane w SIWZ oraz spełniają wymagania określone w przepisach dotyczących warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia - rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 305 ze zm.) oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08 września 2006 r. art. 36 (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.)
3. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć w dniu podpisania umowy harmonogram spłat zawierający datę spłaty (30-tgo danego miesiąca) i kwotę (rata), ostatnim miesiącem spłaty kredytu powinien być miesiąc czerwiec 2017 r. dla części 1 zamówienia.
4. Pojazdy zaoferowane przez Wykonawcę powinny być fabrycznie nowe, wyprodukowane   
   w 2016 roku kompletne, wolne od wad konstrukcyjnych, materiałowych i wykonawczych, wyposażone w silniki zapewniający przyśpieszenie pozwalające na sprawną jazdę w ruchu miejskim.
5. Wykonawca zobowiązany jest wraz z dostawą pojazdów przekazać Zamawiającemu na każdy pojazd kartę pojazdu, aktualne świadectwo homologacji, książkę gwarancyjną, książkę przeglądów serwisowych, instrukcje obsługi w języku polskim, dwa komplety kluczyków oraz wykaz wyposażenia i akcesoriów oraz niezbędne dokumenty dopuszczające pojazd do ruchu na terenie naszego kraju.
6. Protokólarny odbiór pojazdów od Wykonawcy odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w Płocku przy ul. Gwardii Ludowej 5.
7. Wykonawca zobowiązany jest wymienić pojazd, który nie spełni warunków odbioru na nowy, wolny od wad, w terminie 7 dni roboczych od daty zgłoszenia o wadach, które może nastąpić w terminie 1 miesiąca od daty odbioru pojazdu. Koszt wymiany pokrywa Wykonawca. Z czynności odbioru samochodu wolnego od wad zostanie sporządzony dodatkowy protokół odbioru.
8. Do ferty należy załączyć również:
9. Opis oraz fotografie pojazdu po zabudowie - folder,
10. Opis, dane techniczne (m.in. waga) i fotografia lawety jaka będzie zamontowana w ambulansie.

**Wymagania do sprzętu medycznego**

1. Oferowane wyroby medyczne objęte przedmiotem zamówienia muszą spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych(tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 876 ze zm.).
2. Sprzęt medyczny specjalistyczny część 2 zamówienia – musi posiadać zaświadczenie podmiotu uprawnionego do kontroli jakości potwierdzającego, że dostarczony sprzęt odpowiada określonym normom lub specyfikacjom technicznym tj. **deklarację zgodności lub certyfikat CE** zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych – **ważne na dzień składania ofert**.
3. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć w dniu podpisania umowy harmonogram spłat zawierający datę spłaty (30-tgo danego miesiąca) i kwotę (rata). Ostatnim miesiącem spłaty kredytu powinien być **trzeci miesiąc** licząc od dnia przekazania przedmiotu umowy dla części 2 zamówienia.
4. Do oferty należy załaczyć foldery oferowanego sprzętu medycznego.

**Informacje dodatkowe**

1. Warunki płatności dla części 1 i 2 zamowienia – opisano w umowach.
2. Wraz z dostawą do siedziby Zamawiającego kompletnych ambulansów Wykonawca częśći 1 zamówienia i Wykonawca części 2 zamówienia przeprowadzi szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie działania, obsługi i konserwacji ambulansu i sprzętu w nim zamontowanego.
3. Szczegółowy Opis przedmiotu zamówienia tabela poniżej:

|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik 7. | Opis przedmiotu zamówienia  - wymagane warunki techniczne dla ambulansu sanitarnego typu „C” |
| Załącznik 8. | Opis przedmiotu zamówienia  - wymagane parametry sprzętu medycznego na wyposażenie dwóch ambulansów typu „C ” |

*Załącznik nr 7 do SIWZ*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA dla części 1 zamówienia**

WYMAGANE GRANICZNE WARUNKI TECHNICZNE DLA SAMOCHODU BAZOWEGO,

ORAZ ZABUDOWY PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO AMBULANSU SANITARNEGO

TYPU C **- 2 szt.**

**Pojazd kompletny,** Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ……………………………………………………………………

Rok produkcji 2016r. (podać): ………………..…….r.

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

**Pojazd skompletowany (specjalny sanitarny):** Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: …………………………………………………………………………………………………………………..……………………………..

Rok produkcji 2016r. (podać): ………………………..r.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | TAK | ----------------------------------------------- |
| 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 |  |
| 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, z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia, regulacja wysokości oraz regulacja kolumny kierowniczej w dwóch płaszczyznach . Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, wnęka nad przednią szybą w standardzie 1 DIN przystosowana do montażu radioodtwarzacza CD, półka podsufitowa nad głową kierowcy przystosowana do zamontowania radiotelefonu. W kabinie kierowcy zamontowany uchwyt dla terminala Terminal DTS‑3001CE wraz wyprowadzeniem instalacji  dla  modułu GSM-2004 oraz  anteny GPS I GSM. Przygotowanie instalacji oraz miejsca do zainstalowania zestawu urządzeń wymienionych poniżej dla planowanego do wdrożenia w przyszłości  systemu SWD PRM:  Terminal mobilny Twinhead Durabook R11,  Drukarka mobilna HP Office Jet 100,  Urządzenie GPS Teltonika  FM 3300,  Stacja dokująca Twinhead R11AH,  Zasilacz samochodowy stacji dokującej lub terminala LE-2003C20v72,  Zestaw montażowy stacji dokującej RAM Mount RAM-202/201/2461U,  Zestaw montażowy drukarki RAM Mount RAM-VPR-103,  Zasilacz samochodowy drukarki CZ274A. | TAK |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkow biegun dodatni) | TAK |  |
| Furgon - lakier w kolorze białym lub żółtym. | TAK |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. | TAK |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min. 1,80 m | TAK |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min. 3,00m  - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum | TAK (określić)  3,00 m - **0 pkt.**  największa długość - **5 pkt.**  pozostałe: proporcjonalnie |  |
| 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, kieszenie z siatki na tylnych drzwiach do przewożenia drobnego wyposażenia medycznego. | TAK |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą.  System elektryczny wspomagający zamykanie drzwi **- parametr dodatkowo punktowany** | TAK  system elektr.:  TAK – 5 **pkt.**  NIE **– 0 pkt.** |  |
| 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.  Wysokość drzwi - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum | TAK (określić)  1,60 m - **0 pkt.**  największa wysokość - 5 **pkt.**  pozostałe: proporcjonalnie |  |
| 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.  System elektryczny wspomagający zamykanie drzwi - **parametr dodatkowo punktowany**. | TAK  system elektr.:  TAK – 5 **pkt.**  NIE **– 0 pkt.** |  |
| 13. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi wyposażony w:  - 2 szt. butli tlenowych 10l z reduktorami,  - mocowanie krzesełka kardiologicznego,  - mocowanie noszy podbierakowych,  - mocowanie deski ortopedycznej dla dorosłych,  - mocowanie deski ortopedycznej dla dzieci,  - mocowanie materaca próżniowego,  - mocowanie szyn Kramera,  - mocowanie kamizelki unieruchamiającej typu KED,  - mocowanie 2 kasków ochronnych,  - mocowanie torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego,  - pojemnik reimplantacyjny w formie lodówki zasilanej z 12V z możliwością jej zamiennego mocowania i zasilania w przedziale medycznym,  - miejsce dla pasów do desek, krzesełka i noszy oraz systemów unieruchamiających głowę,  - wyposażenie techniczne (łom, łopata) z systemem ich mocowania. | TAK |  |
| 14. | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera. | TAK |  |
| 15. | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem pokryty wykładziną antypoślizgową, | TAK |  |
| 16. | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny tzn. nie wystający poza obrys nadwozia i nie zmniejszający 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 narzędzi z podnośnikiem, zestaw naprawczy do uszkodzonych opon. | TAK |  |
| 21. | System regulacji prędkości obrotowej silnika na postoju w celu zwiększenia wydajności pracy ukladu klimatyzacji i doładowania zespołu akumulatorów bez konieczności ciągłej ingerencji kierowcy – **parametr dodatkowo punktowany** | TAK/NIE  TAK – 10 **pkt.**  NIE **– 0 pkt.** |  |
| 22. | Wylot spalin umiejscowiony tak, aby zapobiec możliwości dostawania sie ich do przedziału medycznego zwłaszcza przez najczęściej otwierane drzwi boczne prawe. | TAK |  |
| 23. | Przednie reflektory przeciwmgielne. | TAK |  |
| 24. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. | TAK |  |
| 25. | Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus). | TAK |  |
| 26. | Radioodtwarzacz CD 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 |  |
| 27. | Po otwarciu drzwi bocznych powinna zapalać się min. jedna lampa sufitowa oraz dodatkowe tzw. nocne w oświetlenie w kolorze niebieskim, a po ich zamknięciu gasnąć z opóźnieniem max. 0,5 min. | TAK |  |
| 28 | Kamera cofania oraz kamera w przedziale medycznym, wyswietlacz LCD w formie lusterka wstecznego zamontowany w kabinie kierowcy | TAK |  |
| 29. | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący następującymi funkcjami: | 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 elektrycznym systemem dogrzewania silnika na postoju, | TAK |  |
| sterowanie drzwiami pomiędzy przedziałem kierowcy i przedziałem medycznym, | TAK |  |
| sygnalizacja niedomknięcia którychkolwiek drzwi ambulansu. | TAK |  |
| **II.** | **SILNIK** | TAK |  |
| 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. 160 KM. | TAK |  |
| 4. | Moment obrotowy min. 360 Nm  - **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum | TAK (określić)  360 Nm - **0 pkt**.  największa wartość - **5 pkt.**  pozostałe: proporcjonalnie |  |
| 5. | Norma emisji spalin EURO VI lub EURO 6 | TAK |  |
| **III.** | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | TAK |  |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana. | TAK |  |
| 2. | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny. | TAK |  |
| 3. | Napęd na koła przednie, tylne lub 4 x 4. | TAK |  |
| **IV.** | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** | TAK | ----------------------------------------------- |
| 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 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 zapobiegajacy niespodziewanym zmianom pasa ruchu spowodowanym nagłymi podmuchami bocznego wiatru wykorzystujący czujniki systemu stabilizacji toru jazdy ***lub równoważny*** - **parametr dodatkowo punktowany.** | TAK/NIE  NIE – 0 **pkt.**  TAK **– 5 pkt.** |  |
| **V.** | **ZAWIESZENIE** | TAK |  |
| 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** | TAK | ----------------------------------------------- |
| 1. | Ze wspomaganiem hydraulicznym. | TAK |  |
| **VII.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | TAK |  |
| 1. | Pomocnicze zależne od silnika ogrzewanie elektryczne (12V) współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury - **parametr dodatkowo punktowany.** | TAK/NIE  TAK – 5 **pkt.**  NIE **– 0 pkt.** |  |
| 2. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V  z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. | TAK |  |
| 3. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna. | TAK |  |
| 4. | 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 |  |
| 5. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 350 mm x 500 mm. (dopuszcza się szyberdach o wymiarach max. 900x600 mm) wyposażony w roletę oraz moskitierę. | TAK |  |
| 6. | 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 |  |
| **VIII.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | TAK | ----------------------------------------------- |
| 1. | Zespół 2 fabrycznych akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu.  Pojemność akumulatorów jako **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu określonego minimum. | TAK (określić)  180 Ah - **0 pkt**.  największa wartość - **5 pkt.**  pozostałe: proporcjonalnie |  |
| 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. | TAK |  |
| 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 V  b) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym  c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym  d) zabezpieczenie przeciwporażeniowe  e) przewód zasilający min 10m. | TAK |  |
| 6. | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V. | TAK |  |
| 6. | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V. | TAK |  |
| 7. | Instalacja elektryczna 12V w przedziale medycznym:  - min. 4 gniazda 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A),  do podłączenia urządzeń medycznych,  - gniazda wyposażone w rozbieralne wtyki. | TAK |  |
| **IX.** | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | TAK |  |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu    pojazdu   z modułami   LED koloru niebieskiego   i   dodatkowymi światłami roboczymi LED do oświetlania przedpola ambulansu. 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 oraz światła kierunkowskazów | TAK |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy, zmiana modulacji sygnału dźwiękowego poprzez naciśnięcie klaksonu. | TAK |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni | TAK |  |
| 5. | Dodatkowe sygnały niskotonowe o mocy min. 60W posiadające certyfikat/homologację zgodności z REG 65lub alternatywną dyrektywą EKG ONZ, załączane na czas pracy od 10 do 30 sekund (podać markę i model oraz numer certyfikatu/homologacji) – sygnały niskotonowe są elementem całopojazdowej homologacji ambulansu oferowanej marki i modelu.  Moc sygnału jako **parametr dodatkowo punktowany** po spełnieniu  określonego minimum | TAK (określić)  60 W - **0 pkt.**  największa wartość - **5 pkt.**  pozostałe: proporcjonalnie |  |
| 6. | Dwie lampy LED niebieskiej barwy na wysokości pasa przedniego, dodatkowe lampy LED niebieskiej barwy w błotnikach. | TAK |  |
| 7. | Cztery reflektory zewnętrzne LED po bokach pojazdu w tylnej części ścian bocznych, do oświetlenia miejsca akcji, po dwa każdej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego, włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. | TAK |  |
| 8. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:  **1/** 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r. wykonane z folii:  a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,  b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu,  c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym, o którym mowa w pkt. a),  **2/** 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;  **3/** po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej „S”  (do uzgodnienia) w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm,  **4/** na drzwiach bocznych ambulansów napis z nazwą dysponenta ZRM.  **5**/ wzór graficzny systemu z tyłu, na dachu i po bokach pojazdu o średnicy 50 cm. | TAK |  |
| **X.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | TAK | -------------------------------------------------- |
| 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, 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** | TAK |  |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO (pomieszczenia dla pacjenta) - pomieszczenie powinno pomieścić urządzenia medyczne wyszczególnione poniżej: | TAK |  |
| 1. | **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):  - szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. trzy szuflady w min. dwóch szufladach system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki.  - szuflada na narkotyki zamykana na klucz,  - pojemnik na zużyte igły,  - wysuwany kosz na odpady,  - termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych,  - miejsce i system mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego,  - 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 węzgłowia noszy w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w zintegrowane bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców,  - 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):  - 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, zamki szafek.  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 medycznego,  f/ przy drzwiach przesuwnych panel sterujący umożliwiający:  - 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. | TAK |  |
| **3/** Uchylny/otwierany 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 ***lub***  - normy PN EN 1789+A1:2011 pod warunkiem, że pojazd został zabudowany przez producenta, któremu jednostka certyfikująca przyznała uprzednio certyfikat wg wymagań PN EN 1789+A1:2011 i certyfikat ten nadal jest aktualny ***lub***  - innej normy równoważnej tj. odpowiadającej treści normy PN EN 1789+A2:2015-01 w tym zakresie,  oraz jest elementem cało pojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu - **parametr dodatkowo punktowany.** | TAK/NIE  TAK - **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. trzy 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, zamki szafek b/ pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),  c/ specjalnie wzmocnione miejsce 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 roletą, u dołu szafki kosz na odpady medyczne. | 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. |  |  |
|  | **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  (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 |  |
| 5 | Centralna instalacja próżniowa:  a) z jednym gniazdem poboru,  b) regulatorem siły ssania,  c) słojem na wydzielinę 1l,  d) przewodem do odsysania o długości min. 1,5m zakończonym   łącznikiem do cewników. | TAK |  |
| 6. | Laweta (podstawa pod nosze główne) z napędem mechanicznym, posiadająca przesuw boczny min. 30 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. | Montaż lawety do przesuwnych paneli umożliwiających mocowanie dowolnej podstawy pod nosze główne bez ingerowania w podłogę ambulansu i jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu - **parametr dodatkowo punktowany** | TAK/NIE  TAK - **10 pkt**.  NIE – 0 pkt. |  |
| 8. | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. Podłoga o powierzchni przeciw-poślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
| 9. | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. | TAK |  |
| 10. | W przedziale medycznym miejsce na zamontowanie drukarki HP Officejet 100 zgodnie z PN EN 1789 w sposób umożliwiający jej bezpieczny transport jak i drukowanie dokumentów, z dostępem do gniazda 12V. | TAK |  |
| 11. | Wykonawca zainstaluje w ambulansach zakupione nosze oraz pozostały sprzęp medyczny. | TAK |  |
| **XII.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | TAK |  |
| 1. | Kabina kierowcy wyposażona w jedną dodatkową instalację 12V. | TAK |  |
| 2. | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. | TAK |  |
| 3. | Zamontowana na powierzchni metalowej dachowa antena VHF 1/4 fali radiotelefonu o n/w parametrach i podłączona do radiotelefonu (możliwość konserwacji anteny z dostępem z przedziału medycznego po demontażu jednej z lamp sufitowych): | 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** | TAK |  |
| 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 | TAK |  |
| 5. | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, | TAK |  |
| 6. | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” | TAK |  |
| 7 | **Plecak ratunkowy (podać producenta i model) – 2 szt.**  Minimalne wymiary: wys. 60 x szer. 55 x gł. 30 cm  wykonany z odpornego na przecieranie materiału,  - wyposażony w ampularium na 80 ampułek oraz ampularium na 8  ampułek,  - wkład na intubację,  - certyfikowane elementy odblaskowe,  - min. 5 torebek segregacyjnych różnej wielkości,  - min. 5 zewnętrznych kieszeni,  - możliwość noszenia, pionowo, poziomo lub na plecach,  - konstrukcja powinna umożliwia pranie ręczne lub automatyczne,  - spód plecaka wzmocniony materiałem wodoodpornym, odpornym  na ścieranie | TAK |  |
| 8 | **Torba pediatryczna** **(podać producenta i model) – 1 szt.**  Minimalne wymiary: wys. 36 x szer. 36 x gł. 28 cm   * torba z uproszczoną wersją taśmy Breslowa, * wykonana z materiału odpornego na przecieranie, * konstrukcja powinna umożliwia pranie ręczne lub automatyczne, * spód torby wzmocniony materiałem, wodoodpornym, odpornym na ścieranie, * certyfikowane elementy odblaskowe, * min. 7 torebek segregacyjnych, * min. jedna duża zewnętrzna kieszeń   możliwość noszenia w ręku i na ramieniu. | TAK |  |
| **XIV.** | **SERWIS** | TAK | ------------------------------------------- |
| 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 48 godzin od jej zgłoszenia tzn. rozpoczęcie naprawy w czasie nie krótszym jak 48 godziny od zgłoszenia | TAK |  |
| **XV.** | **GWARANCJA** | TAK | ----------------------------------------- |
| 1. | **Gwarancja mechaniczna na ambulanse,** nie krócej jednak niż 24 miesiące  Okres gwarancji mechanicznej stanowi **kryterium oceny ofert** przy spełnieniu określonego minimum. | TAK  (podać ilość miesięcy) |  |
| 2. | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – 24 miesiące. | TAK |  |
| 3. | Gwarancja na perforację – 120 miesięcy. | TAK |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – 24 miesiące. | TAK |  |

Zamawiający informuje, że ilekroć przedmiot zamówienia określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opisany jest przez wskazanie znaku towarowego, patentu lub pochodzenia dopuszcza się rozwiązania równoważne tzn. posiadające cechy, parametry, zastosowanie nie gorsze niż opisane w przedmiocie zamówienia. Wykazanie równoważności zaoferowanego przedmiotu spoczywa na Wykonawcy. **UWAGA:** Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty. **Wypełniony załacznik załączyc do oferty.**

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………………………

Podpis/y (osób) wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadającej/ych pełnomocnictwo/a

(Zalecamy czytelny podpis/y lub podpis/y i pieczątka/i

z imieniem i nazwiskiem)

## *Załącznik nr 8 do SIWZ*

**Opis przedmiotu zamówienia dla części 2 zamówienia.**

**Defibrylator sztuk 2**

**z kardiowersją, stymulacją, pulsoksymetrią, kapnometrią, NIBP i monitorowaniem EKG z 3/12 odprowadzeń , z funkcją transmisji danych i systemem wspomagania RKO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / warunek** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane**  **(suma = 100 pkt),**  **podać i opisać oferowane parametry** |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Model | Podać |  |
|  | Rok produkcji | Podać |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | Tak |  |
|  | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze do 8 kg z kpl akumulatorów | Tak | < 6 kg – 20 pkt.  ≥ 6 kg - 0 |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - min. klasa IP55 | Tak |  |
| **ZASILANIE** | | Tak |  |
|  | Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/ sieciowe, akumulatory ładowane automatycznie po wpięciu aparatu do uchwytu ściennego podłączonego do instalacji elektrycznej ambulansu | Tak |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze/ach min. 5 godzin ciągłego monitorowania EKG lub min. 100 defibrylacji z maksymalną energią | Tak |  |
| **DEFIBRYLACJA** | | Tak |  |
|  | Defibrylacja dwufazowa   * w trybie AED * w trybie ręcznym, regulacja energii w zakresie min. 2-200J , dostępne 20 min. poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł łyżek zewnętrznych dla dorosłych i dla dzieci z funkcją defibrylacji / regulacji poziomu energii / monitorowania i wydruku | Tak |  |
| **MONITOROWANIE I REJESTRACJA** | | Tak |  |
|  | Prekonfigurowany tryb dorosły / dziecko/ noworodek do wyboru z poziomu głównego menu, z automatycznym ustawieniem parametrów defibrylacji i monitorowania (poziomy energii defibrylacji, granice alarmów, parametry NIBP) odpowiednich dla wybranego trybu | Podać | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 6,5'' , Możliwość wyświetlenia min. 4 krzywych dynamicznych jednocześnie | Tak |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych | Tak |  |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. | Tak |  |
|  | Pamięć wewnętrzna min. 400 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). | Tak |  |
| **EKG/ RESPIRACJA** | | Tak |  |
|  | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i funkcją transmisji przez telefon komórkowy lub modem | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 /min | Tak |  |
|  | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie min. 0,25 do 4,0 cm/mV | Tak |  |
| **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** | | Tak |  |
|  | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | Tak |  |
|  | Częstość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp/min., prąd stymulacji w zakresie min. 10-140 mA | Tak |  |
| **PULSOKSYMETRIA** | | Tak |  |
|  | Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu, w kpl. czujnik klips palcowy | Tak |  |
| **NIBP** | | Tak |  |
|  | Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego min. 15-220 mmHg | Tak |  |
|  | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, synchronizowany załamkiem R elektrokardiogramu (z kabla EKG) w celu eliminacji artefaktów | Podać | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| **MONITOROWANIE RKO** | | Tak |  |
|  | Informacja zwrotna o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnięć. Prezentacja graficzna wykresu głębokości uciśnięć z wyraźnym zaznaczeniem docelowego zakresu 5-6 cm, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej jako zintegrowana funkcja aparatu | Tak |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie defibrylatora w formie numerycznej rzeczywistej głębokości (cm) i częstości (1/min.) uciśnięć klatki piersiowej, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC | Podać | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC | Tak |  |
|  | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej | Podać | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| **KAPNOMETRIA** | | Tak |  |
|  | Monitorowanie etCO2 i respiracji u pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych, zakres pomiarów etCO2 min. 0‑99 mmHg, zakres częstości oddechów min. 0-99 /minutę | Tak |  |
| **KOMUNIKACJA/ TRANSMISJA DANYCH** | | Tak |  |
|  | Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych i 12-odprowadzeniowego zapisu EKG przez dedykowany modem do wskazanych przez Zamawiającego podmiotów szpitalnych. w kpl. modem do transmisji danych (jeśli wymagany) współpracujący z dowolnym operatorem sieci GSM bez karty sim operatora sieci komórkowej. | Tak |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | Tak |  |
|  | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt. | Tak |  |
|  | Kabel do stymulacji | Tak |  |
|  | Czujnik SpO2 – klips palcowy 1 szt., | Tak |  |
|  | Przy dostawie elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych min 1 kpl. i dla dzieci min. 1 kpl.. | Tak |  |
|  | Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji : standardowy dla dorosłych 1 szt. , dorośli duży 1 szt, udowy 1 szt, dla dzieci 1 szt. , | Tak |  |
|  | Zestaw akcesoriów do pomiaru kapnometrii dla dorosłych i dla dzieci min. 3 kpl. | Tak |  |
|  | Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do montażu defibrylatora w ambulansie z funkcją ładowania akumulatora/ów i zasilania po wpięciu aparatu do uchwytu | Tak |  |
| **POZOSTAŁE** | | Tak |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | Tak |  |
|  | Odporność aparatu na upadek z wysokości min 1,5m potwierdzone w materiałach firmowych producenta | Podać | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. załączyć do oferty | Tak |  |

**Opis przedmiotu zamówienia nosze główne z transporterem szt 2.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOSZE GŁÓWNE**  podać markę i model, załączyć folder | TAK |  |
| przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone  w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; | TAK |  |
| nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha; | TAK |  |
| z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do 90 stopni; | TAK |  |
| rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak; | TAK |  |
| z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy; | TAK |  |
| nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą; | TAK |  |
| ze składanymi poręczami bocznymi, z chowanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy, z dodatkową parą chowanych rączek transportowych umieszczonych z boku noszy służących do transportu pacjentów bariatrycznych; | TAK |  |
| z możliwością montażu składanego statywu do kroplówki z mocowaniem min. dwóch toreb/butelek z płynami infuzyjnymi | TAK |  |
| z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy; | TAK |  |
| nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego niekorodującego materiału ( podać rodzaj materiału z którego wykonane są nosze) | TAK |  |
| wyposażone w cienki nie sprężynujący materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu , przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych; materac wyposażony w odpinany podgłówek | TAK |  |
| wyposażone w prześcieradło jednorazowe do noszy  z wycięciami na pasy | TAK |  |
| obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg) | TAK |  |
| waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1 (podać wagę noszy w kg); | TAK |  |
|  | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH**  podać markę i model, załączyć folder | TAK |  |
| z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu; | TAK |  |
| z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami; | TAK |  |
| regulacja wysokości w min sześciu poziomach; | TAK |  |
| z blokadą zabezpieczająca przed samoczynnym opadnięciem noszy w dół w sytuacji przypadkowego zwolnienia mechanizmu składającego podwozie | TAK |  |
| możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera) na min 3 poziomach pochylenia; | TAK |  |
| wszystkie kółka jezdne o średnicy powyżej 150mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach i na otwartych przestrzeniach. Podać średnicę kółek w mm; | TAK |  |
| min. dwa kółka wyposażone w hamulce ,  transporter wyposażony w system rozpraszający elektryczne ładunki statyczne zapewniający uziemienie zestawu transportowego , załączyć potwierdzenie producenta potwierdzające spełnienie oferowanego parametru | TAK |  |
| system mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789 ; | TAK |  |
| transporter wyposażony w system automatycznego zwolnienia blokady podwozia (tzn. nie wymagający żadnych dodatkowych czynności) umożliwiający wjazd do karetki gdy kółka najazdowe opierają się na lawecie a zwolniony jest mechanizm składający podwozie tzw automatyczna blokada uniemożliwiająca złożenie podwozia w przypadku gdy kółka najazdowe nie opierają się na lawecie a zwolniony jest mechanizm składający podwozie | TAK |  |
| transporter wyposażony w automatyczny system składania przednich goleni (tzn. nie wymagający żadnych dodatkowych czynności) w trakcie załadunku noszy do ambulansu | TAK |  |
| transporter wyposażony w blokadę zabezpieczająca przed jego wyjazdem z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i braku zablokowania podwozia | TAK |  |
| obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 230 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); | TAK |  |
| waga zestawu transportowego max 51 kg zgodnie z wymogami aktualnej normy PN EN 1865-1, (podać wagę transportera w kg); | TAK |  |
| transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z jego obsługą | TAK |  |
| transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego niekorodującego materiału | TAK |  |
| deklaracje zgodności lub certyfikat zgodności z normą PN EN 1789 oraz PN EN 1865 wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną na oferowany system transportowy (nosze i transporter) – załączyć do oferty; | TAK |  |
|  | z systemem automatycznego składania/rozkładnia podwozia przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiekczynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskania przycisków czy zwalniania dźwigni blokad itp. | TAK |  |
|  | ze wskaźnikiem serwisowym wskazującym natężenie eksploatacyjne zestawu określający czas do przeglądu serwisowego np. poprzez pomiar ilości złożeń transportera | TAK |  |
|  | **NOSZE PODBIERAKOWE szt. 2**  podać markę i model, załączyć folder | TAK |  |
| z wielostopniową regulacją długości noszy w zakresie min. od 165cm do 200cm , z możliwością złożenia noszy do transportu w połowie długości | TAK |  |
| z możliwością rozdzielenia na dwie niezależne połówki | TAK |  |
| konstrukcja łopat noszy wykonana z tworzywa sztucznego lub aluminium | TAK |  |
| konstrukcja zamków łączących łopaty wyposażona w tzw podwójną zapadką zabezpieczającą przed niekontrolowanym rozdzieleniem noszy przez obsługę | TAK |  |
| min. 3 pasy o regulowanej długości zabezpieczające pacjenta , mocowane bezpośrednio do noszy | TAK |  |
| dopuszczalne obciążenie powyżej 150 kg | TAK |  |
| waga max. 10 kg. | TAK |  |
| deklaracja zgodności CE oraz zgodności z aktualna normą PN EN 1865-1 – załączyć do oferty. | TAK |  |
|  | **DESKA ORTOPEDYCZNA Z PASAMI I UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY szt. 2**  (podać markę i model, załączyć folder) | TAK |  |
| Nosze typu deska, wykonana z wysokoodpornego tworzywa sztucznego | TAK |  |
| Przenikliwa dla promieni X | TAK |  |
| Pasy zabezpieczające kodowane kolorem , mocowane obrotowo , wyposażone w metalowe klamry i metalowe, duże karabińczyki obrotowe na końcach pasów – min 4 szt w kpl | TAK |  |
| Mocowanie pasów po min. 5 miejsc mocowania na dłuższej stronie deski | TAK |  |
| Co najmniej 20 uchwytów do przenoszenia rozmieszczone na obwodzie deski |  |  |
| Zestaw klocków do unieruchamiania głowy i kręgosłupa szyjnego, z możliwością zmiany punktu mocowania pasków mocujących, z możliwością obserwacji uszu poszkodowanego, z co najmniej dwoma pasami dodatkowymi do mocowania głowy (podbródkowy i czołowy). Całe mocowanie pokryte tworzywem wodoodpornym , unieruchomienie głowy wielokrotnego użytku . | TAK |  |
| Waga deski do 7 kg, obciążenie dopuszczalne min. 200 kg | TAK |  |
| Odległość otworów deski od podłoża min 4 cm | TAK |  |
| Szerokość noszy min 41cm | TAK |  |
| Długość noszy min 183cm | TAK |  |
| Zwężenie końca dystalnego noszy | TAK |  |
| Dodatnia pływalność noszy | TAK |  |
| deklaracja zgodności CE oraz zgodności z aktualna normą PN EN 1865-1 – załączyć do oferty. | TAK |  |
|  | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE szt. 2**  podać markę i model, załączyć folder | TAK |  |
| składane, z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem w trakcie transportu , wykonane z niekorodującego materiał ( podać rodzaj materiału ) | TAK |  |
| z kpl. 3 pasów bezpieczeństwa o regulowanej długości | TAK |  |
| siedzisko i oparcie wykonane z elastycznego pokrycia z miękkiego tworzywa sztucznego , umożliwiający szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji bez konieczności używania jakichkolwiek narzędzi | TAK |  |
| 4 kółka jezdne z czego dwa przednie skrętne w zakresie 360 stopni wyposażone w hamulce zabezpieczające przed przemieszczaniem się krzesła z tzw hamulcem skrętu i obrotu kółek | TAK |  |
| teleskopowo wydłużane rączki przednie z regulacją długości (min 3 zakresy) i możliwością znoszenia po schodach na min 2 poziomach wysokości | TAK |  |
| 2 pary składanych rączek tylnych umieszczone na 2 poziomach wysokości | TAK |  |
| waga max 10 kg | TAK |  |
| obciążenie dopuszczalne powyżej 150 kg | TAK |  |
| deklaracja zgodności CE oraz zgodności z norma PN EN 1865-1 – załączyć do oferty. | TAK |  |

Zamawiający informuje, że ilekroć przedmiot zamówienia określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opisany jest przez wskazanie znaku towarowego, patentu lub pochodzenia dopuszcza się rozwiązania równoważne tzn. posiadające cechy, parametry, zastosowanie nie gorsze niż opisane w przedmiocie zamówienia. Wykazanie równoważności zaoferowanego przedmiotu spoczywa na Wykonawcy. **UWAGA:** Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty. **Wypełniony załacznik załączyc do oferty.**

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………………………

Podpis/y (osób) wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadającej/ych pełnomocnictwo/a

(Zalecamy czytelny podpis/y lub podpis/y i pieczątka/i

z imieniem i nazwiskiem)