 Wrocław, 05.06.2019r.

**4. WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY**

**z POLIKLINKĄ SPZOZ we Wrocławiu**

50-981 Wrocław, ul. R. Weigla 5

***Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę ambulansu sanitarnego z wyposażeniem, znak sprawy: 4WSzKzP.SZP.2612.44.2019***

**WYJASNIENIE I MODYFIKACJA TREŚCI**

**SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Zamawiający 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu działając na podstawie art. 38 ust. 1, 2, 4 ustawy Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. 2018 poz. 1986 ze zm.) informuje, że wpłynęło zapytanie o wyjaśnienie i modyfikację treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia w ww. postępowaniu przetargowym.

**Pytanie 1.**    Prosimy o dopuszczenie samochodu bazowego z roku produkcji 2018, natomiast adaptacji medycznej z roku 2019.

**Odpowiedź na pytanie 1**. **Zamawiający dopuszcza pojazd bazowy fabrycznie nowy z 2018 roku.**

**Pytanie 2**.    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. I.5 – czy poprzez ten punkt Zamawiający wymaga również pełnego zbiornika paliwa?

**Odpowiedź na pytanie 2**. **Zamawiający wymaga pełnego zbiornika paliwa.**

**Pytanie 3**.    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. II.12 – prosimy o doprecyzowanie tego punktu. Czy chodzi o osiągnięcie przez silnik odpowiedniej temperatury?

**Odpowiedź na pytanie 3. Zamawiającemu chodzi o osiągnięcie przez silnik temperatury minimum 100C**

**Pytanie 4**.    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. II.14 – prosimy o potwierdzenie, iż chodzi o ewentualną wymianę koła, sprawdzenie i uzupełnienie płynów eksploatacyjnych.

**Odpowiedź na pytanie 4. Zamawiający wymaga narzędzi do wymiany koła , wymiany żarówek, sprawdzenia i uzupełnienia płynów eksploatacyjnych.**

**Pytanie 5.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. III.15 - z uwagi na coraz większą ilość sprzętu medycznego, a co się z tym wiąże zapas wagowy dla niego, prosimy o dopuszczenie ambulans z czterema miejscami do siedzenia i jednym do leżenia (2 miejsca siedzące w kabinie kierowcy, 2 miejsca siedzące – 1 fotel na prawej ścianie i 1 fotel u wezgłowia noszy, jedno miejsce leżące w przedziale medycznym).

**Odpowiedź na pytanie 5**. **Zgodnie z SIWZ**

**Pytanie 6**.    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. III.17 – czy nie doszło do zdublowania pozycji – kluczyk do zamków jest w każdym pilocie z alarmem.

**Odpowiedź na pytanie 6**. **Zgodnie z SIWZ**

**Pytanie 7.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. III.20 – z uwagi na różne warunki eksploatacji (teren, pogoda, nawierzchnia, specyfika jazdy kierowcy), a także brak możliwości sprawdzenia tego parametru przy odbiorze – prosimy o zmianę tego parametru na podanie np. spalania na km wg świadectwa homologacji.

**Odpowiedź na pytanie 7. Zamawiający modyfikuje zapis w pkt. III.20**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANIA KONSTRUKCYJNE NADWOZIA** |  |  |  |
| **III.** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |
| 20 | Pojazd wyposażony w zbiornik paliwa umożliwiający przejazd po drogach utwardzonych z pełnym obciążeniem minimum 500 km. bez dodatkowego tankowania. | TAK, podać |  |  |

**nadając mu brzmienie :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANIA KONSTRUKCYJNE NADWOZIA** |  |  |  |
| **III.** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |
| 20. | Pojazd wyposażony w zbiornik paliwa umożliwiający przejazd po drogach utwardzonych z pełnym obciążeniem minimum 500 km. bez dodatkowego tankowania (Zamawiający wymaga podania zużycia paliwa w litrach na 100 kilometrów wg. świadectwa homologacji.) | TAK, podać |  |  |

**Pytanie 8.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. III.24 – prosimy o podanie wymiarów butli (średnicy i wysokości) jakie będą przewożone w ambulansie.

**Odpowiedź na pytanie 8. Zamawiający aktualnie dysponuje butlami 11L zintegrowanymi, - wysokość 86 cm, średnica 19 cm oraz 10 L- wysokość 93 cm, średnica 14 cm.**

**Pytanie 9.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. III.31 – prosimy o dopuszczenie czujników cofania montowanych na etapie adaptacji przedziału medycznego.

**Odpowiedź na pytanie 9. Zamawiający dopuszcza czujniki cofania montowane na etapie adaptacji przedziału medycznego.**

**Pytanie 10.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. IX.52 – prosimy o dopuszczenie pojemności akumulatora 92 Ah co jest standardem w ambulansach.

**Odpowiedź na pytanie 10. Zamawiający dopuszcza akumulator 92 Ah.**

**Pytanie 11.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. IX.58 – czy nie doszło do omyłki pisarskiej w wyrazie odkłócona? Prosimy o doprecyzowanie tego punktu.

**Odpowiedź na pytanie 11. Zamawiający rezygnuje z punktu IX.58 SIWZ.**

**Pytanie 12.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. X.61 - czy Zamawiający w celu ograniczenia kosztów i wagi zrezygnuje z niezależnego ogrzewania wodnego. Na postoju bez podłączenia ambulansu do 230 V Zamawiający będzie dysponował niezależnym ogrzewanie powietrznym ale tylko przedziału medycznego – bez kabiny kierowcy.

**Odpowiedź na pytanie 12. Zgodnie z SIWZ**

**Pytanie 13.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. XI.72 – prosimy o dokładniejsze opisanie tego punktu.

**Odpowiedź na pytanie 13. Kabina przedziału kierowcy wyposażona w lampkę sufitową włączaną automatycznie po otwarciu drzwi kierowcy z możliwością ręcznego włączania/wyłączania z miejsca kierowcy.**

**Pytanie 14.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. XI.74 – czy radiotelefon ma być zaprogramowany? Jeśli tak prosimy o podanie częstotliwości.

**Odpowiedź na pytanie 14. Zgodnie z SIWZ.**

**Pytanie 15.**    Dotyczy wymagania techniczne samochodu – pkt. XV.110 – czy Zamawiający wymaga nawilżacza do przepływomierza?

**Odpowiedź na pytanie 15. Tak, Zamawiający wymaga dostarczenia  nawilżacza do przepływomierza.**

**Pytanie 16.**    Dotyczy eksploatacji: prosimy Zamawiającego o określenie czy przeglądy okresowe samochodu bazowego dotyczące np. wymianu oleju, klocków, filtrów, itd. w okresie gwarancji mają być wliczone w cenę oferty – tzw. oryginalny pakiet serwisowy danego producenta (to może podnieść jej koszt o ok 10 tys.), czy wykonawca ma nie wliczać ich w cenę oferty i Zamawiający każdorazowo podczas wizyty w ASO będzie za nie płacił. Wykonawca podkreśla, że nie chodzi o gwarancję, która jest bezpłatna ale o standardowe przeglądy które są niezbędne w celu jej utrzymania.

**Odpowiedź na pytanie 16. Przeglądy okresowe samochodu bazowego dotyczące np. wymiany oleju, klocków, filtrów, itd. w okresie gwarancji nie mają być wliczone w cenę oferty. Zamawiający każdorazowo będzie płacił za przeglądy okresowe samochodu bazowego podczas wizyty w ASO .**

**Pytanie 17.**    Dotyczy eksploatacji: prosimy Zamawiającego o określenie czy przeglądy okresowe zabudowy medycznej, mają być wliczone w cenę oferty czy wykonawca ma nie wliczać ich w cenę oferty i Zamawiający każdorazowo podczas wizyty serwisu będzie za nie płacił. Wykonawca podkreśla, że nie chodzi o gwarancję, która jest bezpłatna ale o standardowe przeglądy które są niezbędne w celu jej utrzymania.

**Odpowiedź na pytanie 17. Przeglądy okresowe zabudowy medycznej w okresie gwarancji mają być wliczone w cenę oferty.**

**Pytanie 18.**    Dotyczy eksploatacji: prosimy Zamawiającego o określenie czy przeglądy okresowe sprzętu medycznego, mają być wliczone w cenę oferty czy wykonawca ma nie wliczać ich w cenę oferty i Zamawiający każdorazowo podczas wizyty serwisu będzie za nie płacił. Wykonawca podkreśla, że nie chodzi o gwarancję, która jest bezpłatna ale o standardowe przeglądy które są niezbędne w celu jej utrzymania.

**Odpowiedź na pytanie 18. Przeglądy okresowe sprzętu medycznego w okresie gwarancji mają być wliczone w cenę oferty.**

**Pytanie 19.**    Prosimy o dopuszczenie dostawy na kołach co zmniejszy koszt dostawy.

**Odpowiedź na pytanie 19. Zamawiający dopuszcza dostawę pojazdu na kołach.**

**Pytanie 20.**    Czy Zamawiający wymaga elementów systemu SWD PRM?

**Odpowiedź na pytanie 20. Zamawiający nie wymaga.**

**Pytanie 21.**    Jeśli Zamawiający odpowiedział pozytywnie na powyższe pytanie prosimy o wybór z listy poniższej w co Wykonawca ma wyposażyć ambulans:  
a.    Instalacja elektryczno logiczna do systemu SWD PRM  
b.    Anteny dachowe dla modułu teltonika oraz stacji dokującej  
c.    Uchwyt do stacji dokującej  
d.    Uchwyt do drukarki  
e.    Ładowarka do drukarki  
f.    Ładowarka do stacji dokującej  
g.    Stacja dokująca  
h.    Tablet  
i.    Moduł  
j.    Drukarka

**Odpowiedź na pytanie 21. Zamawiający nie wymaga.**

**Pytanie 22.**    Czy Zamawiający wymaga aby w czasie jazdy w gniazdach 230 V było dostępne napięcie poprzez tzw. przetwornicę?

**Odpowiedź na pytanie 22. Zamawiający wymaga podczas jazdy napięcia w gniazdach 230V.**

**Pytanie 23.**    Dotyczy parametrów punktowanych – gwarancja – czy zwiększenie okresu gwarancji dotyczy tylko samochodu bazowego czy adaptacji i sprzętu medycznego również?:

**Odpowiedź na pytanie 23. Gwarancja ma obejmować zarówno samochód bazowy jaki i adaptację oraz sprzęt medyczny dostarczony w ramach umowy.**

**Pytanie 24. TRANSPORTER**

Czy Zamawiający dopuści transporter o funkcjonalności wymaganej przez Zamawiającego z kółkami jezdnymi o średnicy 152 mm oraz dopuszczalnym udźwigu 270kg?

**Odpowiedź na pytanie 24. Zapisy SIWZ bez zmian.**

**Pytanie 25. Krzesło kardiologiczne**

W naszej ocenie obecny opis przedmiotu Zamówienia wskazuje wyłącznie na jednego producenta krzesła kardiologicznego co powoduje brak możliwości złożenia oferty z innym, równoważnym produktem i sprzeciwia się zasadom uczciwej konkurencji, równego traktowania podmiotów i niedyskryminacyjnego opisu przedmiotu Zamówienia i stanowi naruszenie artykułów:

* art. nr 7 ust. 1 oraz nr29 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych poprzez określenie przedmiotu Zamówienia w sposób niezapewniający zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców ubiegających się o udzielenie Zamówienia publicznego
* art. 29 ust. 1,2 i 3 ustawy Prawo Zamówień Publicznych poprzez określenie przedmiotu Zamówienia w sposób mogący utrudniać uczciwą konkurencję
* art. 30 ust 1 i 6 ustawy Prawo Zamówień Publicznych poprzez określenie przedmiotu Zamówienia za pomocą nieobiektywnych i ograniczających uczciwą konkurencję funkcjonalności a nie za pomocą cech technicznych i jakościowych przy przestrzeganiu Polskich Norm przenoszących zharmonizowane europejskie normy

Zatem kierujemy do Zamawiającego pytanie o dopuszczenie na zasadzie równoważności krzesła kardiologicznego renomowanego światowego producenta firmy Ferno model FST o poniższych parametrach?

Krzesło Kardiologiczne:

* Wykonane z anodowego aluminium pokrytego lakierem
* Wyposażone w system płozowy do transportu pacjenta po schodach
* Wyposażone w siedzisko i oparcie mocowane fabrycznie z materiału typu winyl o wysokiej odporności na ścieranie, pęknięcia, odporne na bakterie, grzyby, zmywalne i umożliwiające dezynfekcję
* Możliwość złożenia do transportu w ambulansie
* Wysuwane uchwyty przednie blokowane w 3 pozycjach
* Wyposażone 4 koła w tym 2 obrotowe w zakresie 360°
* Średnica tylnych kół 150 mm
* Średnica przednich kół 125 mm
* 2 hamulce na tylnych kołach
* Uchylne rączki tylne
* Wysuwany uchwyt ramy oparcia blokowany w 4 pozycjach
* Kąt pomiędzy płozami, a ramą krzesełka 30˚
* Rozstaw zewnętrzny płóz 37 cm
* Stabilizator głowy pacjenta
* Podnóżek na stopy pacjenta
* 3 pasy poprzeczne
* Waga krzesełka z zainstalowanym system płozowym 14,4 kg
* Wymiary po złożeniu: 100 cm x 52 cm x max 20 cm
* Udźwig 250 kg

**Odpowiedź na pytanie 25. Tak, Zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 26. Nosze podbierające**

Czy Zamawiający dopuści nosze podbierające firmy Ferno o funkcjonalności wymaganej przez Zamawiającego o udźwigu 159kg?

**Odpowiedź na pytanie 26. Tak, zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 27. Materac próżniowy**

Czy Zamawiający dopuści do zaoferowania materac próżniowy o wymiarach 210x100cm wykonany jako jedna komora uniemożliwiająca załamywanie się usztywnionego materaca podczas podnoszenia chorego jednocześnie spełniając funkcjonalność opisaną przez Zamawiającego?

**Odpowiedź na pytanie 27. Tak, zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 28. Nosze płachtowe**

Czy Zamawiający dopuści nosze płachtowe firmy Ferno które są równoważne bądź przewyższają funkcjonalność opisaną w SIWZ wykonane w całości z jednego kawałka winylu wzmocnionego wtopionym włóknem o udźwigu 363 kg i wymiarach 200x107 cm?

**Odpowiedź na pytanie 28. Tak, zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 29. Ssak elektryczny**

Czy Zamawiający dopuści ssak elektryczny o maksymalnym przepływie 30 l/min?

Pozostałe parametry zgodne z SIWZ.

**Odpowiedź na pytanie 29. Tak, zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 30. Kapnograf**

Czy Zamawiający dopuści do zaoferowania kapnograf renomowanej firmy Solaris w technologii Massimo o poniższych parametrach:

etCO2-zakres pomiaru: 0-150 mmHg, 0,1 mmHg (0-69)mmHg, 0,25 mmHg (70-150)mmHg Dokładność:+/-2mmHg (0-40) mmHg, +/-5% (41-70) mmHg, +/-8% (71-100) mmHg, +/-10% (101-150) mmHg, Częstość oddechowa- Zakres pomiaru: 0-150 bpm Normy: Dokładność: +/- 1 bpm, Alarmy-3 – stopniowe: wizualne i dźwiękowe, Akumulator: Litowo polimerowy

Wewnętrzny zasilacz: 3.7-4.2V/4400mhA, Zasilacz: AC100-240V 50/60Hz, DC 5V, Pojemność baterii ≥ 12 godzin (tylko SpO2), Pojemność baterii ≥ 5 godzin (SpO2 + CO2)

Warunki otoczenia- Temperatura pracy: 0°C-50°C, Wilgotność ≤ 95%, Wysokość npm. -390 m – 5 000 m, Temperatura transportu/przechowywania: -20°C-70°C,

Wymiary:73 mm (W) x 127 mm (H) x 23 mm (D) Waga: 500g

Normy:

ISO 9919:2005(E), EN 60601-1: 1990+A1: 1993+A2: 1995+A13: 1996

IEC60601-1-8: 2005, EN 60601-1-2: 2007, WEEE (2002/96/EC)

**Odpowiedź na pytanie 30. Tak, zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 31. Defibrylator**

W naszej ocenie obecny opis przedmiotu Zamówienia wskazuje wyłącznie na jednego producenta defibrylatorów, co powoduje brak możliwości złożenia oferty z innym, równoważnym produktem i sprzeciwia się zasadom uczciwej konkurencji, równego traktowania podmiotów i niedyskryminacyjnego opisu przedmiotu Zamówienia i stanowi naruszenie artykułów:

* art. nr 7 ust. 1 oraz nr29 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych poprzez określenie przedmiotu Zamówienia w sposób niezapewniający zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców ubiegających się o udzielenie Zamówienia publicznego
* art. 29 ust. 1,2 i 3 ustawy Prawo Zamówień Publicznych poprzez określenie przedmiotu Zamówienia w sposób mogący utrudniać uczciwą konkurencję
* art. 30 ust 1 i 6 ustawy Prawo Zamówień Publicznych poprzez określenie przedmiotu Zamówienia za pomocą nieobiektywnych i ograniczających uczciwą konkurencję funkcjonalności a nie za pomocą cech technicznych i jakościowych przy przestrzeganiu Polskich Norm przenoszących zharmonizowane europejskie normy

Zatem kierujemy do Zamawiającego pytanie czy dopuści defibrylator renomowanego światowego producenta firmy Zoll model Xseries o poniższych parametrach? Zaznaczamy, iż jest to defibrylator o równoważnych parametrach lub nawet zdecydowanie lepszych parametrach niż wymaga Zamawiający.

|  |  |
| --- | --- |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | |
| 1. | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym o wadze 8 kg z kpl akumulatorów |
| 2. | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą - klasa IP55 |
| **ZASILANIE** | |
| 3. | Zasilanie defibrylatora akumulatorowo/ sieciowe, akumulatory ładowane automatycznie po wpięciu aparatu do uchwytu ściennego podłączonego do instalacji elektrycznej ambulansu |
| 4. | Czas pracy na akumulatorze 6 godzin ciągłego monitorowania EKG lub 100 defibrylacji z maksymalną energią |
| **DEFIBRYLACJA** | |
| 5. | Defibrylacja dwufazowa   * w trybie AED * w trybie ręcznym, regulacja energii w zakresie 2-200J , dostępne 20 poziomów energii zewn., funkcja kardiowersji elektrycznej |
| 6. | Możliwość rozbudowy o moduł łyżek zewnętrznych dla dorosłych i dla dzieci z funkcją defibrylacji / regulacji poziomu energii / monitorowania i wydruku |
| **MONITOROWANIE I REJESTRACJA** | |
| 7. | 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 |
| 8. | Ekran kolorowy LCD o przekątnej 6,5'' , Możliwość wyświetlenia 4 krzywych dynamicznych jednocześnie |
| 9. | Wyświetlanie na ekranie pełnego zapisu 12 odprowadzeń EKG, interpretacji słownej wyników analizy oraz wyników pomiarów amplitudowo-czasowych |
| 10. | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości 80 mm, szybkość wydruku programowana: 25 mm/sek. i 50 mm/sek. |
| 11. | Pamięć wewnętrzna 500 zdarzeń (monitorowanie, defibrylacja, stymulacja, procedury terapeutyczne). |
| **EKG/ RESPIRACJA** | |
| 12. | Monitorowanie 12 odprowadzeń EKG z analizą, interpretacją słowną i funkcją transmisji przez telefon komórkowy lub modem |
| 13. | Zakres pomiaru częstości akcji serca 30-300 /min |
| 14. | Wzmocnienie zapisu EKG regulowane w zakresie pomiędzy 0,25 do 4,0 cm/mV |
| **STYMULACJA ZEWNĘTRZNA** | |
| 15. | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” |
| 16. | Częstość stymulacji w zakresie 40-170 imp/min., prąd stymulacji w zakresie pomiędzy 10-140 mA |
| **PULSOKSYMETRIA** | |
| 17. | Monitorowanie SpO2 w technologii Masimo SET, pomiar SpO2 i pulsu, w kpl. czujnik klips palcowy |
| **NIBP** | |
| 18. | Pomiary ręczne i automatyczne w odstępach czasowych 1-60 minut, zakres pomiaru ciśnienia średniego 15-220 mmHg |
| 19. | Pomiar ciśnienia w trakcie napełniania mankietu, synchronizowany załamkiem R elektrokardiogramu (z kabla EKG) w celu eliminacji artefaktów |
| **MONITOROWANIE RKO** | |
| 20. | 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 |
| 21. | 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 |
| 22. | Funkcja metronomu umożliwiająca prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej z zalecaną częstością, zgodnie z Wytycznymi 2015 Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej ERC |
| 23. | Filtr cyfrowy umożliwiający prezentację na ekranie niezakłóconego przebiegu EKG w trakcie uciskania klatki piersiowej |
| **KOMUNIKACJA/ TRANSMISJA DANYCH** | |
| 24. | Bezpłatna, nielimitowana czasem dla nadawcy i odbiorcy transmisja danych 12-odprowadzeniowego zapisu EKG przez dedykowany modem do podmiotów szpitalnych. W kpl. modem do transmisji danych (jeśli wymagany) współpracujący z dowolnym operatorem sieci GSM bez karty sim operatora sieci komórkowej. |
| **WYPOSAŻENIE** | |
| 25. | Kabel EKG 12-odprow., 1 szt. |
| 26. | Kabel do stymulacji |
| 27. | Czujnik SpO2 – klips palcowy 1 szt. dla dorosłych i dzieci, |
| 28. | Elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych 8 kpl. i dla dzieci 4 kpl.. |
| 29. | Mankiet NIBP wielorazowego użytku z możliwością dezynfekcji : standardowy dla dorosłych 1 szt. |
| 30. |  |
| 31. | Torba na akcesoria i uchwyt ścienny do montażu defibrylatora w ambulansie z funkcją ładowania akumulatora/ów i zasilania po wpięciu aparatu do uchwytu |
| **POZOSTAŁE** | |
| 32. | Okres gwarancji min. 24 miesiące |
| 33. | Odporność aparatu na upadek z wysokości 2m potwierdzone w materiałach firmowych producenta |
| 34. | Dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. |

**Odpowiedź na pytanie 31. Zapisy SIWZ bez zmian.**

**Pytanie 32.**

Prosimy o podanie sposobu dostawy ambulansów, czy dopuszcza się dojazd na kołach lub lawecie ?

Wyjaśniamy, że ma to duży wpływ na cenę przedmiotu zamówienia.

**Odpowiedź na pytanie 32. Dopuszcza się dojazd na kołach lub lawecie.**

**Pytanie 33.**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę, aby odbiór ambulansu odbył się w siedzibie Wykonawcy tj. w zakładzie wykonującym zabudowę medyczną, co pozwoli na przeprowadzenie gruntownego szkolenia z zakresu Obsługi ambulansu i jego wyposażenia ?

**Odpowiedź na pytanie 33. Zgodnie z SIWZ**

**Pytanie 34.**

Prosimy o wyjaśnienie jakiego typu ma być ambulans zgodnie z wymogami normy

PN EN 1789 ?

**Odpowiedź na pytanie 34. Typ C**

**Pytanie 35.**

Wiadomo, że bardzo ważną sprawą jest bezpieczeństwo w czasie jazdy ambulansu, a w tym oświetlenie drogi i pobocza przez światła drogowe karetki. Wielu producentów stosuje obecnie światła przednie z funkcją doświetlania zakrętów oraz światła przeciwmgielne. Czy zapis „światła przeciwmgielne przednie ” oznacza, że Zamawiający oczekuje takiego nowoczesnego rozwiązania tj. reflektorów przednich z funkcją doświetlania zakrętów oraz świateł przeciwmgielnych przednich zgodnie z homologacją pojazdu kompletnego, co jest obecnie standardem u wszystkich producentów samochodów ? Wyjaśniamy, że światła doświetlające zakręty zwiększają szerokość oświetlonego pola widzenia kierowcy przy pokonywaniu zakrętów, co znacznie podnosi poziom bezpieczeństwa ambulansu.

**Odpowiedź na pytanie 35. Zgodnie z SIWZ.**

**Pytanie 36.**

Czy Zamawiający dopuszcza do zaoferowania ambulans spełniający wymogi normy PN EN 1789 i NFZ, który posiada Certyfikat Zgodności z w/w normą wydany przez Niezależną Jednostkę Notyfikującą, posiadający skrzynię biegów opisaną w Świadectwie Zgodności WE, jako skrzynię automatyczną ?

**Odpowiedź na pytanie 36. Zamawiający dopuszcza do zaoferowania ambulans spełniający wymogi normy PN EN 1789 i NFZ, który posiada Certyfikat zgodności w w/w normą wydany przez Niezależną Jednostkę Notyfikującą, posiadający skrzynię biegów opisaną w Świadectwie Zgodności WE , jako skrzynię automatyczną.**

**Pytanie 37.**

Norma PN EN 1789 w punkcie 4.2.3 wymaga, aby ambulans był wyposażony „system bezpieczeństwa biernego, którego przykładem są poduszki powietrzne czołowe i boczne dla kierowcy i pasażera”, co jest w pełni uzasadnione charakterem jazdy ambulansu w czasie przewozu pacjenta i znajduje swoje odzwierciedlenie w przytoczonej normie .

Obecnie normą są bezpieczne czołowe i boczne poduszki powietrzne z systemem kontroli ciśnienia, co podyktowane jest względami bezpieczeństwa, czy w związku z tym Zamawiający oczekuje ambulansu posiadającego takie nowoczesne wyposażenie?

**Odpowiedź na pytanie 37. Zgodnie z SIWZ.**

**Pytanie 38.**

Prosimy o zmianę kryterium parametrów punktowanych z zapisu " asystent martwego punktu " na "

asystent martwego punktu lub inne fabryczne rozwiązanie informujące o strefie martwego pola

poprawiające bezpieczeństwo ambulansu zgodnie z wymogami normy PN EN 1789+A2:2015 " ?

Wyjaśniamy, proponowana przez nas zmiana jest bardziej sprawiedliwa w ocenie ofert.

Prosimy o zmianę powyższego kryterium i umieszczenie proponowanego zapisu.

Obecny zapis wskazuje na samochód Mercedes Sprinter.

**Odpowiedź na pytanie 38. Zamawiający modyfikuje zapis w tabeli w pkt. III.32:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANIA KONSTRUKCYJNE NADWOZIA** |  |  |  |
| **III.** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |
| 32. | Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznający pojazdy w martwym punkcie i ostrzegający kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) | TAK/ NIE  podać | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt. |  |

i nadaje mu nowe brzmienie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANIA KONSTRUKCYJNE NADWOZIA** |  |  |  |
| **III.** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |
| 32. | Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznający pojazdy w martwym punkcie i ostrzegający kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) lub inne rozwiązanie fabryczne informujące o strefie martwego pola | TAK/ NIE  podać | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt. |  |

**Pytanie 39.**

Czy Zamawiający wymaga, standardową długość gwarancji na samochód bazowy 24 miesiące bez limitu km, oraz na perforację nadwozia 72 miesiące i powłoki lakiernicze 36 miesięcy którą oferuje większość producentów ?

**Odpowiedź na pytanie 39. Zgodnie z SIWZ.**

**Pytanie 40.**

Czy Zamawiający dopuszcza na zasadzie równoważności do zaoferowania samochód w którym

stabilizacja toru jazdy, precyzja prowadzenia, komfort oraz bezpieczeństwo użytkownika zostały

uzyskane przez inne rozwiązania konstrukcyjne (budowa układu jezdnego obu osi,

rozmieszczenie elementów przeniesienia napędu na przód ze stabilizatorem poprzecznym,

szeroki rozstaw kół, szeroki rozstaw osi, nisko umieszczony środek ciężkości pojazdu, niska

podłoga) niż stabilizator osi tylnej?

**Odpowiedź na pytanie 40. Zamawiający dopuszcza na zasadzie równoważności inne rozwiązania konstrukcyjne, którym stabilizacja toru jazdy, precyzja prowadzenia, komfort oraz bezpieczeństwo zostały uzyskane przez inne rozwiązania konstrukcyjne niż stabilizator osi tylnej.**

**Pytanie 41.**

Prosimy o zmianę kryterium parametrów punktowanych z zapisu "system ostrzegania o możliwości kolizji "na" system ostrzegania o możliwości kolizji lub inne rozwiązanie informujące o możliwości kolizji poprawiające bezpieczeństwo ambulansu zgodnie z wymogami normy PN EN 1789+A2:2015 " ? Wyjaśniamy, proponowana przez nas zmiana jest bardziej sprawiedliwa w ocenie ofert.

Prosimy o zmianę powyższego kryterium i umieszczenie proponowanego zapisu.

Obecny zapis wskazuje na samochód Mercedes Sprinter.

**Odpowiedź na pytanie 41. Zamawiający modyfikuje zapis w tabeli w pkt. III.33:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANIA KONSTRUKCYJNE NADWOZIA** |  |  |  |
| **III.** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |
| 33. | System ostrzegający o możliwości kolizji (wizualnie i dźwiękowo ostrzegający o zbyt małym odstępie od innego pojazdu lub przeszkody i za pomocą systemu wspomagania nagłego hamowania wspomagający kierowcę w gwałtownym hamowaniu) | TAK/ NIE  podać | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt. |  |

i nadaje mu nowe brzmienie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANIA KONSTRUKCYJNE NADWOZIA** |  |  |  |
| **III.** | **Wymagania ogólne** |  |  |  |
| 33. | System ostrzegający o możliwości kolizji (wizualnie i dźwiękowo ostrzegający o zbyt małym odstępie od innego pojazdu lub przeszkody i za pomocą systemu wspomagania nagłego hamowania wspomagający kierowcę w gwałtownym hamowaniu) lub inne rozwiązanie fabryczne informujące o możliwości kolizji zgodnie z wymogami normy PN EN 1789+A2:2015 | TAK/ NIE  podać | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt. |  |

**Pytanie 42.**

Czy Zamawiający dopuszcza do zaoferowania ambulans spełniający wymogi normy PN EN 1789 i NFZ, który posiada regulację kolumny kierownicy w jednej płaszczyźnie, oraz fotel kierowcy z regulacją w 3 płaszczyznach, plus dodatkowa pełną regulację oparcia oraz odcinka lędźwiowego, co w pełni umożliwia zajęcie przez kierowcę właściwej pozycji względem kierownicy ?

**Odpowiedź na pytanie 42. Zgodnie z SIWZ.**

**Pytanie 43.**

Czy Zamawiający dopuszcza do zaoferowania ambulans spełniający wymogi normy PN EN 1789 i NFZ, który posiada Certyfikat Zgodności z w/w normą posiadający światła do jazdy dziennej typu halogenowego o zwiększonej jasności świecenia i żywotności ?

**Odpowiedź na pytanie 43. Zamawiający dopuszcza fabryczne światła do jazdy dziennej typu halogenowego.**

**Pytanie 44.**

Czy Zamawiający dopuści na zasadzie równoważności nosze główne z transporterem renomowanej marki Ferno charakteryzujące się następującymi parametrami?:

* przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji i pozycji transportowych;
* nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha;
* z możliwością płynnej regulacji nachylenia oparcia pod plecami do kąta 90 stopni tj. do pozycji siedzącej ;
* rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu, przygięcie głowy do klatki piersiowej, ułożenie na wznak;
* z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy;
* możliwość montażu dodatkowego zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej
* ze składanymi poręczami bocznymi, z chowanymi przednimi i tylnymi rączkami do przenoszenia , z możliwością montażu do ramy noszy składanego wieszaka do kroplówki
* z możliwością wprowadzania noszy na transporter przodem lub tyłem do kierunku jazdy;
* nosze są zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału
* z nie sprężynującym materacem z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu , przystosowanym do dezynfekcji , umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych
* obciążenie dopuszczalne noszy 181 kg
* waga oferowanych noszy 18 kg
* z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu;
* regulacja wysokości w sześciu poziomach;
* wszystkie kółka jezdne o średnicy 125mm, 2 kółka skrętne w zakresie 360 stopni, kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach i na otwartych przestrzeniach.
* waga transportera 22 kg ?

**Odpowiedź na pytanie 44. Zapisy SIWZ bez zmian**

**Pytanie 45.**

Czy Zamawiający oczekuje noszy zapewniających prowadzenie ich na wprost i bokiem do kierunku jazdy zarówno w pomieszczeniach zamkniętych, jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach, co zapewnia transporter posiadający wszystkie kółka jezdne obrotowe o 360 stopni, co ułatwia łatwe prowadzenie i obsługę przez zespół ambulansu ?

**Odpowiedź na pytanie 45. Zgodnie z SIWZ .**

**Pytanie 46 . Dotyczy Nosze główne**

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający wymaga aby system transportu pacjenta wraz z mocowaniem transportera był zgodny z wymogami aktualnych zharmonizowanych norm **PN-EN 1865-1+A1:2015 i PN-EN 1789+A1:2011**, poświadczony odpowiednim dokumentami tj. certyfikatem zgodności wystawionym przez niezależną jednostkę notyfikującą zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC?

**Odpowiedź na pytanie 46.1. Zgodnie z obowiązującymi przepisami.**

Wyjaśniamy, iż zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia i NFZ oraz zgodnie z przepisami Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM) wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących Europejskie Normy zharmonizowane, przynajmniej w zakresie minimalnym, który określa Norma i dotyczy to w szczególności wyposażenia medycznego. Normy powoływane są w sposób normatywny, co oznacza, że ich zastosowanie jest wymagane. **Stosuje się najnowszą, aktualną wersję Norm,** dodatkowo zgodnie ze stanowiskiem PKN (Polski Komitet Normalizacyjny) spełnienie danej normy może potwierdzić jedynie organ wyznaczony w systemie oceny zgodności czyli specjalna jednostka certyfikowana uprawniona do weryfikacji wyrobu medycznego. W związku z tym tylko **niezależna jednostka notyfikująca może potwierdzić, że nosze reanimacyjne spełniają wymagania norm PN EN 1789 i PN EN 1865**

Brak dokumentów jednoznacznie potwierdzających zgodność noszy z normami zharmonizowanymi stanowić może przeszkodę w uzyskaniu finansowania z NFZ, winno być zatem szczegółowo przez Zamawiającego weryfikowane.

Dodatkowo zwracamy uwagę na fakt, że w przypadku np. zdarzenia drogowego z udziałem ambulansu w skład, którego będą wchodzić urządzenia niezgodne z aktualnymi zharmonizowanymi normami (stan na dzień zarejestrowania ambulansu jako pojazdu specjalnego) ambulans taki nie jest traktowany jako pojazd zgodny z normą PN EN 1789, traci status pojazdu specjalnego co może nieść za sobą konsekwencje finansowe i prawne.

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający oczekuje aby dostarczone nosze wraz z transporterem miały możliwość prowadzenia bokiem poza pomieszczeniami – w terenie otwartym, taka funkcjonalność znacznie ułatwi obsługę noszy?

**Odpowiedź na pytanie 46.2. Zgodnie z SIWZ.**

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający dopuści nosze wyposażone w system blokady goleni po złożeniu (celem np. przeniesienia całego zestawu) uruchamiany w momencie kiedy jest to potrzebne – za pomocą dedykowanej dźwigni?

**Odpowiedź na pytanie 46.3. Tak Zamawiający dopuszcza.**

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający oczekuje aby poręcze boczne były składane wzdłuż ramy noszy, ułatwi to pracę zwłaszcza w ciasnych przestrzeniach?

**Odpowiedź na pytanie 46.4. Zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 47. Dotyczy Respirator:**

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający dopuści urządzenie renomowanego europejskiego producenta firmy Weinmann model Medumat Standard 2, będący na wyposażeniu wielu ambulansów i szpitali w Polsce, charakteryzujący się następującymi parametrami:

* Zasilanie pneumatyczno – bateryjne
* Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych, dzieci i niemowląt od 5 kg masy ciała w trakcie transportu ambulansem i w trakcie transportu wewnątrzszpitalnego
* Odporny na wstrząsy
* Waga samego respiratora ok. 2,5 kg
* Zasilanie w tlen o ciśnieniu od 2,7 do 6,0 bar
* Zużycie gazu napędowego ok. 250 ml/min przy PEEP równym 0 mbar i ciśnieniu wdechowym 20 mbar – wentylacja osoby dorosłej zgodnie z ERC zużycie gazu ok. 25 ml na cykl oddechowy (przy 10 odd/min)
* Maksymalny przepływ wejściowy 80 l/min
* Zasilanie 12V/230V w zestawie zasilacz 230V
* Układ pacjenta z zaworem umożliwiający wentylację bierną 100% jednorurowy
* Ładowanie od 0 do 95 % 3,5 h
* Zasilanie z baterii 10 h w warunkach pracy ambulansu
* Wentylacja 100% tlenem i Air Mix (stężenie O2 uzależnione od parametrów wentylacji i zawiera się w przedziale ok. 55% do 75%)
* Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą ustawień parametrów oddechowych
* System testowy, pozwalający na sprawdzenie działania respiratora
* Tryb CPR – oddech automatyczny (pacjent zaintubowany) lub oddech podawany ręcznie (cykl 30:2 lub 15:2), pauza na czas analizy rytmu, metronom sygnalizujący uciski (możliwość wyłączenia)
* Możliwość wykonania oddechu spontanicznego na każdym etapie wentylacji – tryby IPPV i SIMV; bez blokowania automatycznie cyklu wentylacji
* Tryby wentylacji IPPV, SIMV, CPAP, RSI, CPR, Demand
* NIV dostępna w trybie CPAP, CPR, RSI, Demand
* Tryb Demand uruchamiany ręcznie
* Tryb CPAP – regulacja PEEP i ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa, przepływ automatyczny
* Tryb ratunkowy – natychmiastowe rozpoczęcie wentylacji dorośli/dzieci/niemowlęta z prekonfigurowanymi ustawieniami dla każdej grupy wiekowej
* Prekonfigurowane ustawienia dla trybu ratunkowego dorośli 600 ml/12 oddechów, dzieci 200 ml/20 oddechów, niemowlęta 100 ml/30 oddechów zgodne z ERC, z możliwością ustawienia własnych startowych parametrów
* Częstotliwość oddechowa regulowana w zakresie 5-50 oddechów/min
* Objętość oddechowa regulowana w zakresie 50 – 2000 ml
* Ciśnienie PEEP regulowane w zakresie od 0 do 30 cmH2O – integralna funkcja respiratora
* Ciśnienie w drogach oddechowych regulowane w zakresie 10-65 mbar
* Czułość triggera: -1,3 mbar przy PEEP > 0 i -0,8 mbar przy PEEP = 0
* Bezdech 4-60 s
* Zakres manometru od -5 do +70 cm H2O
* Stosunek I:E 1:1,7 wymuszony, w innych wypadkach zależny od wyzwalacza (±10%), 1:1 w RKO 30:2, 15:2 oraz RSI ręczny
* Czas wdechu od 0,45 s do 4,5 s
* Wyzwalacz automatyczny - ciśnieniowy
* Zintegrowany kolorowy wyświetlacz TFT 5 cali do prezentacji parametrów nastawnych oraz manometru
* Zakres temperatur pracy -18 – + 50˚ C
* Przechowywanie -40 – +70˚ C
* IP 54
* Zgodny z normą RTCA DO 160 G
* Zgodny z normami EN 60601-1, EN 1789, EN 794-3, ISO 10651-3
* Obrazowanie następujących parametrów: ciśnienie PEEP, ciśnienie maksymalne wdechowe, objętość oddechowa, objętość minutowa, częstość oddechowa
* Alarmy dźwiękowe, wizualne oraz komunikaty informujące o rodzaju alarmu wyświetlane na ekranie w języku polskim.
* Alarmy: bezdechu, nieszczelności układu, wysokiego/niskiego poziomu ciśnienia w drogach oddechowych, rozładowanego akumulatora/braku zasilania
* Zapis danych na karcie pamięci: testy systemu, rejestr zdarzeń
* Możliwość rozbudowy o opcję Bluetooth – eksport danych
* Możliwość rozbudowy o pomiar kapnometrii
* Możliwość rozbudowy o tryby ciśnieniowe: kontrolowane i wspomagane: PCV, BiLevel, PRVC, z opcją ASB (wspomaganie oddechu spontanicznego)
* Tolerancja elektromagnetyczna zgodna z normami EN 60601-1-2, EN 61000-4 (części 2 - 6, 8 i 11), eliminacja zakłóceń PN EN 55011, odporność na zakłócenia RTCA DO 160 G

**Odpowiedź na pytanie 47. Zapisy SIWZ bez zmian**

**Pytanie 48. Dotyczy Materac próżniowy:**

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający dopuści materac próżniowy będący na wyposażeniu wielu ambulansów systemu o wymiarach ok. 230x80 cm, wyposażony w odpinaną podłogę z 12 uchwytami zgodny z pozostałymi zapisami OPZ?

**Odpowiedź na pytanie 48. Tak Zamawiający dopuszcza.**

**Pytanie 49. Dotyczy Nosze płachtowe:**

1. W związku z ogłoszonym postępowaniem pytamy, czy Zamawiający dopuści nosze płachtowe wzmocnione na brzegach poprzez zakładkę i podwójne przeszycie zgodne z pozostałymi zapisami OPZ?

**Odpowiedź na pytanie 49. Tak Zamawiający dopuszcza.**

**Zamawiający modyfikuje zapisy tabeli nr 2 - Wymagania techniczne dla wyposażenia medycznego załącznika nr 2 do SIWZ**

**Tabela nr 2 - Wymagania techniczne dla wyposażenia medycznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **WYPOSAŻENIE MEDYCZNE** |  |  |  |
| L.P. | WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PUNKTACJA | PARAMETR OFEROWANY |
| **I** | **NOSZE GŁÓWNE WIELOZADANIOWE NA TRANSPORTERZE WIELOPOZIOMOWYM** | 1. **kpl.** |  |  |
| **I.1** | **NOSZE** |  |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Nosze główne reanimacyjne przystosowane do prowadzenia reanimacji (twarda płyta na całej ich długości) | TAK, podać |  |  |
|  | Potrójnie łamane (z możliwością ustawienia pozycji siedzącej, przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha) | TAK, podać |  |  |
|  | Ustawianie w/w pozycji wspomagane sprężynami gazowymi. | TAK/NIE[[1]](#footnote-1) | Tak-5 pkt.  Nie-0 pkt. |  |
|  | Konstrukcja ramy noszy umożliwiająca wydłużenie leżyska pacjenta o minimum 20 cm | TAK/NIE[[2]](#footnote-2) | Tak-5 pkt.  Nie-0 pkt. |  |
|  | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do min 80 stopni. | TAK, podać |  |  |
|  | Z kompletem szybko rozpinalnych pasów zabezpieczających o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy (dotyczy również pasów szelkowych ) | TAK, podać |  |  |
|  | Z możliwością wprowadzania noszy na transporter, przodem i tyłem do kierunku jazdy | TAK, podać |  |  |
|  | Z materacem z tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne, materac ma umożliwić ustawianie wszystkich dostępnych pozycji, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące, poduszka anatomiczna | TAK, podać |  |  |
|  | Z chowanymi rączkami do przenoszenia umieszczonymi z przodu i tyłu noszy | TAK, podać |  |  |
|  | Z dodatkowym zestawem pasów lub uprzęży służącej do transportu małych dzieci na noszach | TAK, podać |  |  |
|  | Z poręczami bocznymi składanymi równolegle lub prostopadle do osi wzdłużnej noszy, składanie poręczy jedną ręką | TAK, podać |  |  |
|  | Teleskopowo składany statyw na płyny infuzyjne | TAK, podać |  |  |
|  | Trwałe oznaczenia graficzne elementów związanych z obsługą noszy | TAK, podać |  |  |
|  | Odblaskowe oznaczenia | TAK, podać |  |  |
|  | Pod leżyskiem pacjenta fabryczna półka umożliwiająca przechowanie np. Dokumentacji medycznej lub rzeczy osobistych pacjenta o udźwigu min. 15 kg | TAK/NIE  podać[[3]](#footnote-3) | TAK- 5pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Udźwig minimum 250 kg, | TAK, podać[[4]](#footnote-4) | 250 kg – 0 pkt  >250 kg -5 pkt |  |
|  | waga max. 25 kg | TAK, podać |  |  |
| **I.2** | **LAWETA NOSZY GŁÓWNYCH** |  |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Laweta pod nosze główne z przesuwem bocznym min 30 cm, wysuwem na zewnątrz przedziału medycznego z jednoczesnym pochyłem umożliwiającym łatwe wprowadzenie noszy do ambulansu, z możliwością przechyłu lawety wraz z noszami do pozycji Trendelenburga w trakcie jazdy pojazdu | TAK, podać |  |  |
| **I.3** | **TRANSPORTER WIELOPOZIOMOWY POD NOSZE GŁÓWNE** |  |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | TAK, podać |  |  |
|  | Wielostopniowa min. 6 poziomowa regulacja wysokości transportera | TAK, podać |  |  |
|  | System redukcji ciężaru, wspomagający personel przy podnoszeniu transportera z pozycji złożonej do rozłożonej, np. poprzez sprężynę gazową | TAK/NIE [[5]](#footnote-5)  podać | TAK- 5pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia) | TAK, podać |  |  |
|  | System bezpiecznej obsługi – niezależne składanie goleni przednich i tylnych i podtrzymanie ciężaru całego zestawu jedną parą goleni przy wprowadzaniu i wyprowadzaniu noszy z /do ambulansu pozwalający na bezpieczne wprowadzenie/wyprowadzenie noszy nawet przez jedną osobę | TAK, podać |  |  |
|  | Transporter wyposażony w automatyczny system blokady (nie wymagający od użytkownika żadnych dodatkowych czynności związanych z wciskaniem przycisków, uruchamianiem blokad) goleni po złożeniu do minimalnej wysokości, w celu przeniesienia całego zestawu w tej pozycji. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość prowadzenia transportera w bok do kierunku jazdy, przez jedną osobę z dowolnej strony noszy -opisać oferowany system | TAK/NIE [[6]](#footnote-6)  podać | TAK- 5pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Wyposażony w 4 kółka jezdne o średnicy min. 200 mm, obrotowe w zakresie 360 stopni, ułatwiające prowadzenie noszy na wszystkich rodzajach podłoża, min 2 kółka wyposażone w hamulce | TAK, podać |  |  |
|  | System blokowania kół – koła skrętne lub zablokowane w pozycji do jazdy na wprost | TAK, podać |  |  |
|  | Konstrukcja noszy i transportera zabezpieczona przed korozją - (podać sposób zabezpieczenia) | TAK, podać |  |  |
|  | Minimum 2 dodatkowe uchylne uchwyty transportera, poprawiające ergonomie pracy w przypadku pracy z pacjentami o znacznej wadze. | TAK/NIE[[7]](#footnote-7)  podać | TAK- 5pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Udźwig minimum 250 kg +waga noszy | TAK, podać |  |  |
|  | waga transportera max. 28 kg | TAK, podać |  |  |
|  | Trwałe oznaczenia graficzne elementów związanych z obsługą transportera | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **II** | **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonane z wytrzymałego materiału odpornego na korozję i działanie płynów ustrojowych i dezynfekcyjnych | TAK, podać |  |  |
|  | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach | TAK, podać |  |  |
|  | Wyposażone w górny uchwyt regulowany teleskopowo w min. 3 pozycjach | TAK, podać |  |  |
|  | Wyposażone w demontowalne siedzisko | TAK, podać |  |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiające dezynfekcję | TAK, podać |  |  |
|  | Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu | TAK, podać |  |  |
|  | Wyposażone w cztery kółka transportowe w tym min. 2 obrotowe | TAK, podać |  |  |
|  | Koła przednie skrętne 360 stopni z hamulcami | TAK, podać |  |  |
|  | Koła tylne min. 150 ~~175~~ mm, umożliwiające wygodne przemieszczanie pacjenta wraz z krzesełkiem po nierównym terenie  Zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Wyposażone w uchwyt do przenoszenia pacjenta wraz z krzesełkiem | TAK, podać |  |  |
|  | Minimum trzy pasy zabezpieczające pacjenta umożliwiające szybkie ich rozpięcie | TAK, podać |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 180 kg | TAK, podać[[8]](#footnote-8) | 180 kg – 0 pkt  >180 kg -5 pkt |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **III** | **URZĄDZENIE DO MECHANICZNEGO MASAŻU KLATKI PIERSIOWEJ** | **1 kpl.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
| **III.1** | **PARAMETRY PRACY** |  |  |  |
|  | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | TAK, podać |  |  |
|  | Częstość kompresji zawarta w zakresie 100 – 120 uciśnięć na minutę osiągalna w przedziale temperatur (+ 15°C do + 35°) zgodnie z wytycznymi ERC | TAK, podać |  |  |
|  | Głębokość kompresji: w zakresie między 5 a 6 cm | TAK, podać |  |  |
|  | Zgodnie z wytycznymi ERC | TAK, podać |  |  |
|  | Aktywna dekompresja – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej | TAK, podać |  |  |
| **III.2** | **ZASILANIE I WARUNKI PRACY** |  |  |  |
|  | Działanie urządzenia w pełni elektryczne | TAK, podać |  |  |
|  | Źródło zasilania:  - akumulator wewnętrzny  - zasilanie urządzenia z 12 V DC (ze ściany karetki) - zasilanie z gniazda sieci 230 V ~AC | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego min. 45 min. | TAK, podać[[9]](#footnote-9) | 45 min. - 0 pkt.; > 45 min. - 5 pkt.; |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK, podać |  |  |
| **III.3** | **CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU I WYPOSAŻENIE** |  |  |  |
|  | Wyposażenie aparatu: - Torba lub plecak - deska pod plecy,  - deska transparentna w rtg  - podkładka stabilizująca pod głowę - pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia - elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 16 szt.) - akumulator  - ładowarka do akumulatorów | TAK, podać |  |  |
|  | Wymiary urządzenia | Podać |  |  |
|  | Moduł radiowy Bluetooth | TAK, podać |  |  |
|  | Waga urządzenia z kompletnym wyposażeniem max. 11 kg | TAK, podać[[10]](#footnote-10) | 11 kg - 0 pkt.; <11 kg - 2 pkt.; |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **IV** | **Defibrylator** |  |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Aparat przenośny | TAK, podać |  |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci i z zasilacza | TAK, podać |  |  |
|  | Zasilacz wbudowany, lub jako moduł zewnętrzny.  Możliwość ładowania 230V oraz 12V | TAK, podać |  |  |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | TAK, podać |  |  |
|  | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | TAK, podać |  |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | TAK, podać |  |  |
|  | Norma IP 44 | TAK, podać |  |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | TAK, podać |  |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | TAK, podać |  |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii od 2 do 360 J | TAK, podać |  |  |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej min.25. | TAK, podać |  |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK, podać |  |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | TAK, podać |  |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia. | TAK, podać |  |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | TAK, podać |  |  |
|  | Częstość stymulacji 40-170 impulsów/minutę | TAK, podać |  |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-150 mA | TAK, podać |  |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | TAK, podać |  |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | TAK, podać |  |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 8 poziomów wzmocnienia. | TAK, podać |  |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | TAK, podać |  |  |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | TAK, podać |  |  |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości min. 100mm. | TAK, podać |  |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | TAK, podać |  |  |
|  | Transmisja danych przez modem do stacji odbiorczych | TAK, podać |  |  |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci | TAK, podać |  |  |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł IBP | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o modem WiFi/3G | TAK, podać |  |  |
|  | Defibrylator w pełni kompatybilny z systemem teletransmisji Lifenet będącym w posiadaniu Zamawiającego | TAK, podać |  |  |
|  | Torba transportowa do defibrylatora | TAK, podać |  |  |
|  | Półka pod defibrylator umożliwiająca bezpieczne zamontowanie defibrylatora w karetce na czas transportu |  |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **V** | **RESPIRATOR** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Wentylacja zastępcza, terapia tlenowa, PEEP, CPAP w jednym kompaktowym aparacie. Możliwość pracy w najbardziej wymagającym środowisku: karetki pogotowia, samoloty i śmigłowce, transport szpitalny | TAK, podać |  |  |
|  | wyposażony w przewód zasilający, jednorazowy obwód jednoramienny (5 szt.) z wewnętrzną linią monitorowania ciśnienia, filtrem i zastawką pacjenta oraz baterię zasilającą moduł alarmów | TAK, podać |  |  |
|  | System bezpiecznego montażu w karetce | TAK, podać |  |  |
|  | CHARAKTERYSTYCZNE CECHY PRODUKTU: | TAK, podać |  |  |
|  | dwa tryby wentylacji: Demand i CMV/Demand | TAK, podać |  |  |
|  | niezależna płynna regulacja częstości i objętości oddechowej | TAK, podać |  |  |
|  | wentylacja manualna z ograniczeniem objętości oddechowej | TAK, podać |  |  |
|  | płynna regulacja ciśnienia granicznego w układzie pacjenta | TAK, podać |  |  |
|  | funkcja PEEP/CPAP | TAK, podać |  |  |
|  | dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej | TAK, podać |  |  |
|  | terapia tlenowa, zintegrowany przepływomierz | TAK, podać |  |  |
|  | wbudowany manometr z fluorescencyjną tarczą, monitorowanie ciśnienia wdechowego i wydechowego | TAK, podać |  |  |
|  | ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa zintegrowany z alarmem dźwiękowym wysokiego ciśnienia | TAK, podać |  |  |
|  | zasilanie i sterowanie wyłącznie pneumatyczne | TAK, podać |  |  |
|  | wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego | TAK, podać |  |  |
|  | system elektronicznych wskaźników oraz alarmów dźwiękowych i wizualnych | TAK, podać |  |  |
|  | odporny na działanie wody oraz niskich i wysokich temperatur | TAK, podać |  |  |
|  | torba transportowa do respiratora | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **VI** | **Nosze podbierakowe aluminiowe** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonane z łatwego w czyszczeniu i odpornego na płyny wysokiej jakości aluminium | TAK, podać |  |  |
|  | Wielostopniowa regulacja długości noszy, umożliwiająca dopasowanie ich do wymiarów pacjenta | TAK, podać |  |  |
|  | Konstrukcja zamków spinających łopaty wykluczająca możliwość przypadkowego ich rozpięcia oraz umożliwiająca ich spięcie nawet pod pewnym kątem | TAK, podać |  |  |
|  | Minimum trzy pasy zabezpieczające o regulowanej długości mocowane do ramy noszy | TAK, podać |  |  |
|  | Min. 10 uchwytów zdystansowanych od podłoża znajdujących się na obwodzie noszy służących do przenoszenia | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość złożenia noszy na pół celem łatwiejszego transportu | TAK, podać |  |  |
|  | Udźwig minimum 159 ~~170~~ kg  Zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **VII** | **Deska ortopedyczna** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonana z wysoce odpornego tworzywa sztucznego, zmywalne | TAK, podać |  |  |
|  | przepuszczalne dla promieni X w 100% | TAK, podać |  |  |
|  | Zawierająca wbudowane w zarys deski uchwyty do przenoszenia pacjenta – min. 14 uchwytów | TAK, podać |  |  |
|  | Deska pozbawiona elementów jak wgłębienia czy zatrzaski, które mogłyby kumulować zanieczyszczenia | TAK, podać |  |  |
|  | Na wyposażeniu pasy z metalowymi zapięciami , zakończonymi metalowymi, obrotowymi karabińczykami, regulowanej długości, kodowane kolorami – 4 szt. | TAK, podać |  |  |
|  | Na wyposażeniu ,,klockowy” system unieruchomienia głowy, złożony z podkładki pod głowę, dwóch klocków stabilizujących głowę z otworami na uszy i pasków mocujących głowę. Specjalnie zabezpieczone krawędzie przystosowane do założenia usztywnienia głowy | TAK, podać |  |  |
|  | Hermetyczne pełne krawędzie, ergonomiczne wzmocnione narożniki | TAK, podać |  |  |
|  | Waga kompletnej deski do 10 kg – podać wagę w kg | TAK, podać |  |  |
|  | Obciążenie deski min. 150 kg -podać wagę w kg | TAK, podać |  |  |
|  | Bezpieczny sposób zamontowania deski ortopedycznej w ambulansie | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **VIII** | **Materac próżniowy z odpinaną podłogą** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | powierzchnia wykonana z materiału łatwo zmywalnego, nie absorbującego brudu i wilgoci |  |  |  |
|  | Materac próżniowy z systemem pikowanych komór wewnętrznych uniemożliwiających przesuwanie się granulatu pod ciężarem pacjenta. | TAK, podać |  |  |
|  | Konstrukcja oparta o niezależne komory uniemożliwiająca załamywanie się usztywnionego materaca podczas podnoszenia chorego | TAK, podać |  |  |
|  | Całkowicie przenikalny dla promieni X | TAK, podać |  |  |
|  | Dodatkowa odpinana podłoga wyposażona w 10 uchwytów umożliwiających transport | TAK, podać |  |  |
|  | Rozmiar min. 80x210 cm  Zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Min. 4 pasy poprzeczne zabezpieczające umożliwiające bezpieczny transport pacjenta | TAK, podać |  |  |
|  | Wyposażenie:  - pompka  - pokrowiec na materac / torba transportowa  - zestaw naprawczy | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **IX** | **NOSZE PŁACHTOWE** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonane z łatwozmywalnego i dezynfekowanego materiału | TAK, podać |  |  |
|  | Na brzegach wzmocnienia wykonane z taśmy lub w całości wykonane z jednego kawałka winylu wzmocnionego wtopionym włóknem lub nosze wzmocnione na brzegach poprzez zakładkę i podwójne przeszycie  Zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | 8 uchwytów do przenoszenia | TAK, podać |  |  |
|  | Kieszeń na nogi stabilizujący | TAK, podać |  |  |
|  | Rozmiar min. 80x200 cm  Zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Udźwig min 150 kg | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **X** | **SSAK AKUMULATOROWY** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Ssak akumulatorowo- sieciowy, przenośny , zasilany 230V i 12V | TAK, podać |  |  |
|  | Zintegrowany uchwyt do przenoszenia | TAK, podać |  |  |
|  | Przepływ min 30L/min.  Zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności | TAK, podać |  |  |
|  | W komplecie słój o pojemności 1 L autoklawowalny, z filtrem antybakteryjnym i zabezpieczeniem przeciwprzelewowym  i przewodem ssącym | TAK, podać |  |  |
|  | Wielostopniowe zabezpieczenie przed wnikaniem płynów do wnętrza urządzenia | TAK, podać |  |  |
|  | Bezpieczny montaż w karetce – w komplecie mocowanie ścienne | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **XI** | **PULSOKSYMETR** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Lekki, łatwy w obsłudze, wyposażony we wskaźnik perfuzji, jakości sygnału, alarmy pulsu i saturacji, przeznaczony do krótkich pomiarów kontrolnych jak i pomiarów długoczasowych zarówno u dorosłych jak i dzieci | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres pomiaru SpO2 1-100% | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu min.25-240 bpm | TAK, podać |  |  |
|  | Czujniki: standardowy klips dla dorosłych wielokrotnego użytku oraz klips dla dzieci o wadze od 10 kg | TAK, podać |  |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **XII** | **Pompa infuzyjna strzykawkowa** | **TAK, podać** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Pompa jedno strzykawkowa | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość ustawienia prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu lub objętości i czasu | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji | TAK, podać |  |  |
|  | Praca ze strzykawkami 10-60ml różnych producentów | TAK, podać |  |  |
|  | Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS | TAK, podać |  |  |
|  | Wielostopniowy pomiar okluzji z funkcją ABS | TAK, podać |  |  |
|  | Wbudowana biblioteka leków | TAK, podać |  |  |
|  | Wbudowany system testów | TAK, podać |  |  |
|  | Duży czytelny wyświetlacz | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość długotrwałej pracy z akumulatora  Zasilanie 230 V i 12V  Modyfikacja z dnia 05.06.2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **XIII** | **KAPNOGRAF** |  |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Pomiar końcowo- wydechowego stężenia dwutlenku węgla (EtCO2) i częstości oddechów | TAK, podać |  |  |
|  | Umożliwiający potwierdzenie poprawnego umiejscowienia rurki intubacyjnej, ocenę głębokości i skuteczności uciśnięć klatki piersiowej i rozpoznanie spontanicznego powrotu krążenia | TAK, podać |  |  |
|  | W komplecie niezbędne złączki dla dorosłych | TAK, podać |  |  |
|  | Wytrzymały, wodoodporny | TAK, podać |  |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i graficzne informujące o braku i niedrożności złączki, braku oddechu, niskim poziomie naładowania baterii oraz wysokim i niskim poziomie EtCO2 | TAK, podać |  |  |
|  | Zasilanie bateryjne | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **XIV** | **CIŚNIENIOMIERZ ŚCIENNY** | **1 szt.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Ciśnieniomierz stacjonarny zegarowy przystosowany do pracy w ambulansie | TAK, podać |  |  |
|  | W komplecie kosz na mankiety, uchwyt do montażu, mankiet dla dorosłych | TAK, podać |  |  |
|  | Duży czytelny zegar o średnicy min. 17 cm | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres pomiaru – 0-300 mm Hg | TAK, podać |  |  |
|  | Podziałka pomiaru skalowana co 2 mmHg | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **XV** | **PLECAK RATOWNIKA MEDYCZNEGO z wyposażeniem** | **1 kpl.** |  |  |
|  | Podać typ, model, producent, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK, podać |  |  |
|  | Plecak ratownika przeznaczony dla zespołów karetek wykonany z CORDURY  Plecak o konstrukcji wielokomorowej, zapewniającej właściwą segregację sprzętu, umożliwiający wykonywanie wszystkich procedur ratowniczych podczas prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej (poza ambulansem) , z możliwością transportu w ręku, na ramieniu, na plecach z dodatkowym pasem brzusznym. Szelki muszą posiadać możliwość regulacji długości, z wbudowanymi organizerami na zestaw intubacyjny kompletny konstrukcji umożliwiającej rozróżnienie sprzętu bez konieczności wyjmowania go  W komplecie:  - ampularium montowane na rzepy w plecaku  - worek samororozprężalny z zastawką dla dorosłych z rezerwuarem tlenu oraz maskami dla dorosłych w dwóch rozmiarach, jednokrotnego użytku, w opakowaniu szczelnie zamkniętym z informacją o dacie przydatności do użytku  - worek samororozprężalny z zastawką dla dzieci z rezerwuarem tlenu oraz maseczką dla dzieci w dwóch rozmiarach, jednokrotnego użytku, w opakowaniu szczelnie zamkniętym z informacją o dacie przydatności do użytku  - mankiet do szybkich przetoczeń 500 ml  - laryngoskop światłowodowy z łyżkami dla dorosłych 3,4  - laryngoskop światłowodowy z łyżkami dla dzieci 00,0,1,2  - stetoskop anestezjologiczny, głowica pokryta powłoczką antyalergiczną, miękkie wymienne oliwki  - termometr bezdotykowy elektroniczny  - ciśnieniomierz zegarowy z manometremz mankietem dla dorosłych oraz kompletem mankietów dla dzieci  - automatyczne wkłucie doszpikowe dla dorosłych i pediatryczne, automatyczne, sterylne, jednorazowe  - staza uciskowa taktyczna – do tamowania krwotoków w sytuacji zranienia kończyn z masywnym krwawieniem tętniczym lub żylnym, system zamknięcia zabezpieczający przed przypadkowym rozpięciem w wyniku zahaczenia opaską o elementy otoczenia, łatwa w utrzymaniu czystości, z miejscem umożliwiającym zapisanie godziny założenia  - rurki ustno gardłowe w różnych rozmiarach dla dzieci i dorosłych – komplet  - kleszczyki Magilla dla dorosłych, 9”  - kleszczyki Magilla dla dzieci, 7,25”  - zestaw nebulizacyjny dla dzieci  - zestaw do konikotomii dla dorosłych  -zestaw do konikotomii dla dzieci  - igła do odbarczania odmy prężnej  - zestaw porodowy/ położniczy  - zestaw opatrunków na oparzenia – przeznaczony do oparzeń o krytycznym znaczeniu, ułatwiające szybkie udzielenie pierwszej pomocy dorosłym lub dzieciom w przypadku oparzeń twarzy i rąk, opatrunki wykonane w min. 95% z czystej, demineralizowanej wody, z zastosowaniem włókniny wełnianej z przeplotem jako nośnika żelu  - opatrunek wentylowy  - zbijak nóż wyposażony w ostrze do cięcia pasów  - nożyczki ratownicze profesjonalne, przeznaczone do wybijania szyb, przecinania pasów bezpieczeństwa oraz ubrań, wykonane ze stali nierdzewnej, krawędzie tnącenożyc obudowane tworzywem sztucznym, umożliwiające rozcinanie ubrań na ślepo  - uchwyt do rurki intubacyjnej dla dorosłych  - uchwyt do rurki intubacyjnej dla dzieci | TAK, podać |  |  |
|  | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE  Podać jeśli zalecane |  |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą | - |  |

***Na Wykonawcy ciąży obowiązek uwzględnienia modyfikacji w treści oferty i odpowiedniego zmodyfikowania Załączników do SIWZ.***

***W razie zaoferowania przedmiotu zamówienia innego niż pierwotnie wyspecyfikowanego a dopuszczonego przez Zamawiającego w wyniku wyjaśnień treści SIWZ czy w przypadku modyfikacji SIWZ Wykonawca zobowiązany jest do zaznaczenia źródła tej zmiany (należy wskazać datę odpowiedzi lub modyfikacji i ewentualnie nr pytania).***

1. **Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*, wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1) SIWZ.***

   ***Brak tych dokumentów w ofercie nie spowoduje odrzucenia oferty - Wykonawca otrzyma „0” pkt. Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.*** [↑](#footnote-ref-1)
2. **Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*, wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1) SIWZ.***

   ***Brak tych dokumentów w ofercie nie spowoduje odrzucenia oferty - Wykonawca otrzyma „0” pkt. Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.*** [↑](#footnote-ref-2)
3. **Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*, wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1) SIWZ.***

   ***Brak tych dokumentów w ofercie nie spowoduje odrzucenia oferty - Wykonawca otrzyma „0” pkt. Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.*** [↑](#footnote-ref-3)
4. **Parametry wymagane i jednocześnie podlegające ocenie *–wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1).***

   ***UWAGA - brak tych dokumentów w ofercie spowoduje odrzucenie oferty.***

   ***Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty*** [↑](#footnote-ref-4)
5. **Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*, wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1) SIWZ.***

   ***Brak tych dokumentów w ofercie nie spowoduje odrzucenia oferty - Wykonawca otrzyma „0” pkt. Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.*** [↑](#footnote-ref-5)
6. **Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*, wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1) SIWZ.***

   ***Brak tych dokumentów w ofercie nie spowoduje odrzucenia oferty - Wykonawca otrzyma „0” pkt. Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.*** [↑](#footnote-ref-6)
7. **Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*, wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1) SIWZ.***

   ***Brak tych dokumentów w ofercie nie spowoduje odrzucenia oferty - Wykonawca otrzyma „0” pkt. Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.*** [↑](#footnote-ref-7)
8. **Parametry wymagane i jednocześnie podlegające ocenie *–wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1).***

   ***UWAGA - brak tych dokumentów w ofercie spowoduje odrzucenie oferty.***

   ***Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty*** [↑](#footnote-ref-8)
9. **Parametry wymagane i jednocześnie podlegające ocenie *–wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1).***

   ***UWAGA - brak tych dokumentów w ofercie spowoduje odrzucenie oferty.***

   ***Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

   ***Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty*** [↑](#footnote-ref-9)
10. **Parametry wymagane i jednocześnie podlegające ocenie *–wymagane załączenie do oferty materiałów informacyjnych – zgodnie z Rozdz. IV ust.2 pkt 1).***

    ***UWAGA - brak tych dokumentów w ofercie spowoduje odrzucenie oferty.***

    ***Materiały informacyjne nie podlegają uzupełnieniu w trybie art. 26. ust. 3 PZP.***

    ***Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty*** [↑](#footnote-ref-10)