**Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia ( SIWZ) o udzielenie zamówienia publicznego**

 **poniżej 207 000 EURO**

w oparciu o ustawę z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych

(tekst jednolity Dz.U. z 2013 r poz. 907 z późn. zm.) zwaną dalej „ustawą Pzp”

SP ZOZ NZZP II 2400 /1 /16

1. **Nazwa oraz adres zamawiającego**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku,**

**ul. Szpitalna 16, 37- 200 Przeworsk**

tel, fax 016 648 72 19

strona internetowa : [<http://www.spzoz-przeworsk.home.pl/bip>](http://www.spzoz-przeworsk.home.pl/)

e-mail : zampubliczne@spzoz-przeworsk.home.pl

1. **Tryb udzielenia zamówienia:**

Podstawa prawna: art. 39 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych – (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz.907 z późn zm.) zwanej dalej „Pzp”, przetarg nieograniczony o wartości poniżej 207 000 euro.

1. **Opis przedmiotu zamówienia**

**3.1.** Przedmiotem zamówienia jest **dostawa ambulansu drogowego typu C wraz z wyposażeniem medycznym** szczegółowo opisany w załączniku nr. 3 do SIWZ

kod Wspólnego Słownika Zamówień CPV 34 11 41 21-3

**3.2. Wymogi dotyczące przedmiotu zamówienia:**

a) Wykonawca udzieli gwarancji na dostarczony samochód, której ważność rozpocznie się od daty

odbioru:

- Mechanicznej, na okres nie krótszy niż 36 miesiące,

- Na lakier, na okres nie krótszy niż 36 miesięcy,

- Na perforację nadwozia na okres nie krótszy niż 120 miesięcy,

- Na zabudowę medyczną, na okres nie krótszy niż 24 miesiące

- Na sprzęt medyczny, na okres nie krótszy niż 24 miesiące

b) Wykonawca udzieli gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta na wykonane czynności serwisowe

c) Wykonawca zapewni samochód zastępczy równoważny na czas wykonywania usługi serwisowej

przekraczającej okres 7 dni.

d) Pojazdy powinny posiadać niezbędne wyposażenie oraz dokumenty dopuszczające go do ruchu

drogowego w Polsce i umożliwiające jego rejestracje i eksploatacje bezpośrednio po odbiorze przez

zamawiającego świadectwo homologacji dotyczące homologacji pojazdu skompletowanego wydane na

podstawie art. 68 ust. 10 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, Dz. U.

2005.108.908 z późniejszymi zmianami),

e) Wykonawca zapewni szkolenie obsługi zamawiającego na terenie siedziby Zamawiającego

f) Wykonawca wraz z samochodami przekaże:

1) Świadectwo homologacji,

2) Kartę pojazdu,

3) Książkę serwisową,

4) Instrukcje obsługi w języku polskim.

5) po dwa komplety kluczyków

Pozostałe warunki dotyczące opisu przedmiotu zamówienia zawiera **Załącznik nr 3** do SIWZ.

1. **Opis części zamówienia, jeżeli zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych .**

Zamawiający nie dopuszcza składanie ofert częściowych

1. **Informacje o przewidywanych zamówieniach uzupełniających**.

Nie przewiduje się zamówień uzupełniających.

1. **Opis sposobu przedstawienia ofert wariantowych oraz minimalne warunki, jakim muszą odpowiadać oferty wariantowe, jeżeli zamawiający dopuszcza ich składanie.**

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych,

1. **Termin wykonania zamówienia.**

**45 dni od dnia zawarcia umowy**

1. **Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków.**
2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. Pzp, spełniają warunki i wymagania określone w niniejszej SIWZ oraz w art. 22 ust. 1 ustawy Pzp
	1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wykonawcy którzy spełniają następujące warunki:
		1. posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

ocena spełniania w/w warunku będzie dokonana na podstawie złożonego oświadczenia na zasadzie spełnia/nie spełnia, wzór stanowi załącznik nr. 4 do SIWZ

* + 1. posiadają wiedze i doświadczenie ,

 ocena spełniania w/w warunku będzie dokonana na podstawie złożonego oświadczenia na zasadzie spełnia/nie spełnia, wzór stanowi załącznik nr. 4 do SIWZ

* + 1. dysponują odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,

##  ocena spełniania w/w warunku będzie dokonana na podstawie złożonego oświadczenia na zasadzie spełnia/nie spełnia, wzór stanowi załącznik nr. 4 do SIWZ

1.1.4 znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

 ocena spełniania w/w warunku będzie dokonana na podstawie złożonego oświadczenia na zasadzie spełnia/nie spełnia, wzór stanowi załącznik nr. 4 do SIWZ

1. **Informacja o oświadczeniach i dokumentach, jakie mają dostarczyć wykonawcy w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu**

I. W celu wykazania spełniania przez wykonawców warunków udziału w postępowaniu o których mowa w art. 22 ust.1 ustawy Pzp. Wykonawca przedkłada:

 - oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu według wzoru zał. nr 4

II. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w postępowaniu o udzieleniu zamówienia o których mowa w art. 24 ustawy Pzp. Wykonawca przedkłada:

1. Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia według wzoru zał. nr 5

2. Aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy Pzp.

3. Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert. Uwaga: Spółki cywilne przedstawiają zaświadczenie urzędu skarbowego dla wszystkich wspólników oraz zaświadczenie na całą spółkę cywilną z jej nazwą;

4. Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu - wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

7. Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Pzp, albo informacja o tym, że Wykonawca nie należy do grupy kapitałowej – załącznik nr.6

III. 1.Zamawiający wezwie wykonawców, którzy w określonym terminie nie złożyli wymaganych przez Zamawiającego oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy Pzp, lub którzy nie złożyli pełnomocnictw, albo którzy złożyli wymagane przez Zamawiającego oświadczenia i dokumenty, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy Pzp, zawierające błędy lub którzy złożyli wadliwe pełnomocnictwa, do ich złożenia w wyznaczonym terminie, chyba że mimo ich złożenia oferta wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania. Złożone na wezwanie Zamawiającego oświadczenia i dokumenty powinny potwierdzać spełnianie przez wykonawcę warunków udziału w postępowaniu oraz spełnianie przez oferowane dostawy, wymagań określonych przez Zamawiającego, nie później niż w dniu w którym upłynął termin składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu albo termin składania ofert.

2 Zamawiający wezwie także, w wyznaczonym przez siebie terminie, do złożenia wyjaśnień dotyczących oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w art. 25 ust. 1.ustawy Pzp.

IV Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się wykonawców, którzy złożyli nieprawdziwe informacje mające wpływ na wynik prowadzonego postępowania.

V Wykonawcy mający siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej składają dokumenty zgodnie z przepisami rozporządzenia wykonawczego do Ustawy w sprawie rodzajów dokumentów jakich może żądać zamawiający od wykonawcy, oraz form, w jakich te dokumenty mogą być składane (rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 luty 2013r. Dz. U. Nr 2013 poz. 231).

VI. Jeżeli osobą podpisującą nie jest osoba upoważniona na podstawie wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej Wykonawca dołączy oryginał pełnomocnictwa lub kopię poświadczoną notarialnie „za zgodność z oryginałem” do podpisania oferty i składania ewentualnych wyjaśnień, Pełnomocnictwo winno wskazywać datę jego wystawienia oraz okres, na który zostało udzielone.

1. **Informacja o sposobie porozumiewania się zamawiającego z wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń i dokumentów**
2. Postępowanie o udzielenie zamówienia, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w ustawie prawo zamówień publicznych, prowadzi się z zachowaniem formy pisemnej.
3. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują pisemnie lub faksem.
4. Oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje przekazane faksem każda ze stron na żądanie drugiej niezwłocznie potwierdza fakt jej otrzymania.
5. Numer faksu : 016 649 15 90
6. Wykonawca może zwrócić się do zamawiającego o wyjaśnienie zapisów SIWZ.
7. Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert – pod warunkiem że wniosek
o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
8. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa powyżej lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania.
9. Jeżeli w wyniku modyfikacji specyfikacji istotnych warunków zamówienia niezbędny jestdodatkowy czas na wprowadzenie zmian w ofertach, Zamawiający przedłuży termin składania ofert. O czym niezwłocznie powiadomi wszystkich Wykonawców, którymprzekazano specyfikacje istotnych warunków zamówienia oraz zamieści na stronie internetowej Zamawiającego [<http://www.spzoz-przeworsk.home.pl/bip>](http://www.spzoz-przeworsk.home.pl/) **.** Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku o którym mowa w pkt.10 ppkt. 6 SIWZ
10. Zamawiający prześle treści pytań i odpowiedzi, nie ujawniając źródła zapytania, wszystkim wykonawcom, którzy pobrali SIWZ od zamawiającego i zamieści treści pytań i odpowiedzi na swojej stronie internetowej ([www.spzoz-przeworsk.home.pl/bip](http://www.spzoz-przeworsk.home.pl/bip)).
11. Zamawiający nie przewiduje możliwości zwołania zebrania wszystkich wykonawców w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących SIWZ.

Wykonawca może kontaktować się z Zamawiającym w dni robocze – w godzinach od 7:00 do14:35

**11. Wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z wykonawcami**

Osobami upoważnionymi do porozumiewania się z Wykonawcami są:

W sprawach formalnych :

Pan Jacek Wlazło tel 016 649 15 90 w godz. 08.00-14,00

W sprawach dotyczących przedmiotu zamówienia:

Pan (i) Jolanta Świzdor tel 016 649 16 38 w godz. 08.00-14,00

Poczta elektroniczna zampubliczne@spzoz-przeworsk.home.pl

1. **Wymagania dotyczące wadium**

Nie dotyczy

1. **Termin związania ofertą**
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**14. Opis sposobu przygotowania ofert**

1. Wykonawca przedstawia ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ .

2. Oferta winna być sporządzona i złożona zgodnie z przepisami ustawy Pzp. oraz SIWZ tj. w sposób nie powodujący jej odrzucenia na podstawie art. 89 ust. 1 ustawy Pzp.

3. Wykonawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

4. Oferta powinna być napisana czytelnie w języku polskim. na maszynie, komputerze lub długopisem. Strony oferty muszą być trwale spięte, w sposób zapobiegający możliwości zdekompletowania zawartości oferty, podpisane i ponumerowane.

5. Wszystkie wymagane dokumenty wymienione w SIWZ muszą być złożone w formie oryginału bądź poświadczonej za zgodność z oryginałem kserokopii (poświadczenie każdej zapisanej strony dokumentu). Załączone dokumenty powinny być podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy.

6. Zamawiający wymaga złożenia oferty na formularzu według wzoru, zał. nr 1

7. W przypadku podmiotów występujących wspólnie, Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego. Każdy z Wykonawców musi złożyć dokumenty i oświadczenia potwierdzające zdolność ubiegania się o zamówienie publiczne.

8. Cena oferty powinna być wyrażona liczbą i słownie. Cena podana w ofercie powinna zawierać: cenę netto, należny podatek VAT oraz cenę brutto. Za cenę oferty uznaje się cenę brutto tj. z obowiązującym podatkiem VAT.

9. Cena podana w ofercie powinna być ceną kompletną i ostateczną przedmiotu zamówienia, powinna być podana w walucie polskiej, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

10. W przypadku gdy oferta zawiera informacje, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, Wykonawca winien w sposób nie budzący wątpliwości zastrzec, które spośród zawartych w ofercie informacji stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Informacje te winny być umieszczone w osobnej wewnętrznej kopercie, odrębnie od pozostałych informacji zawartych w ofercie. Strony należy ponumerować w taki sposób, aby umożliwić ich dopasowanie do pozostałej części oferty - należy zachować ciągłość numeracji stron oferty. Wykonawca nie może zastrzec informacji o których mowa w art. 86 ust. 4. Ustawy Pzp.

11. Oferta musi być złożona Zamawiającemu w trwale zamkniętym, nienaruszonym opakowaniu z napisem “**Oferta na dostawę ambulansu drogowego typu C wraz z wyposażeniem medycznym**” oraz z nazwą i dokładnym adresem wraz z numerami telefonów Oferenta (dopuszcza się odcisk pieczęci); wszelkie elementy oferty nie opakowane i oznaczone w ten sposób mogą nie być brane pod uwagę podczas porównania i oceny ofert, a brak adnotacji dotyczących wykonawcy może być przyczyną otwarcia oferty mimo braku konieczności otwarcia oferty.

12. Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem,

1. że Zamawiający otrzyma pisemnie powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu przed
2. terminem składania ofert, a koperta będzie dodatkowo oznaczona określeniami **"ZMIANA"** lub **"WYCOFANIE".** Wykonawca nie może wycofać oferty i wprowadzić zmian w ofercie po upływie terminu składania ofert.

 Koszty opracowania i dostarczenia oferty oraz uczestnictwa w przetargu obciążają wyłącznie Oferenta.

**15. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert**

1. Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Przeworsku w pokoju nr 14 /sekretariat/, w terminie do dnia **15.01.2016** do godz. 09.00
2. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Zamawiającego w pokoju nr 1 świetlica szpitala

 w dniu **15.01.2016** o godz. 10:00

**16. Opis sposobu obliczenia ceny**

1. Ceny oferty muszą być podane w PLN brutto i netto z zaokrągleniem do dwóch miejsc po przecinku, zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz ewentualne rabaty. Wartość brutto należy obliczyć: **wartość** **netto + podatek VAT.**

2. Zamawiający poprawia w ofercie:

a) oczywiste omyłki pisarskie,

b) oczywiste omyłki rachunkowe, z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych

dokonanych poprawek,

c) inne omyłki polegające na niezgodności oferty ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty niezwłocznie zawiadamiając o tym Wykonawcę, którego oferta została poprawiona.

3. Zamawiający w celu ustalenia, czy oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia, zwraca się w formie pisemnej do Wykonawcy o udzielnie w określonym terminie wyjaśnień dotyczących elementów oferty mających wpływ na wysokość ceny.

4.Zamawiający, oceniając wyjaśnienia bierze pod uwagę obiektywne czynniki, w szczególności oszczędność metody wykonania zamówienia, wybrane rozwiązania techniczne, wyjątkowo sprzyjające warunki wykonywania zamówienia, dostępne dla Wykonawcy, oryginalność projektu Wykonawcy oraz wpływ pomocy publicznej udzielonej na podstawie odrębnych przepisów.

5.Zamawiający odrzuca ofertę Wykonawcy, który nie złoży, wyjaśnień lub jeżeli dokonana ocena wyjaśnień wraz z dostarczonymi dowodami potwierdza, że oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia

Zamawiający poprawia omyłki rachunkowe zgodnie z art. 87 ust. 2 z uwzględnieniem konsekwencji rachunkowych dokonanych poprawek.

Rozliczenia między zamawiającym a wykonawcą będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich.

**17.Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów oraz sposobu oceny ofert**

Zamawiający wybierze najkorzystniejszą ofertę spośród nie odrzuconych ofert, wyłącznie na podstawie kryteriów oceny ofert, określonych w niniejszej SIWZ. O wyborze najkorzystniejszej oferty decyduje największa liczba punktów uzyskanych przez Wykonawcę stanowiącą sumę punktów przyznanych ofercie przez komisję przetargową. Zamawiający, przy obliczaniu punktów zastosuje zaokrąglanie wyników do dwóch miejsc po przecinku

1. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:
* Cena - 70 %
* Parametry techniczno-użytkowe – 30 %

Sposób oceniania ofert:

1. w kryterium cena zostanie zastosowany następujący wzór arytmetyczny:

cena oferty najkorzystniejszej

 x 100 pkt. x waga

cena oferty badanej

 2) w kryterium parametry techniczno-użytkowa zostanie zastosowany następujący wzór arytmetyczny:

 Ilość punktów oferty badanej

 x 100 pkt. x waga

 ilość punktów oferty najkorzystniejszej

Zamawiający zastosuje zaokrąglanie wyników do dwóch miejsc po przecinku.

**18.Zawiadomienie o wyborze oferty**

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający jednocześnie zawiadamia wykonawców, którzy złożyli oferty, o:

1) wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę (firmę), albo imię i nazwisko, siedzibę albo adres zamieszkania i adres wykonawcy, którego ofertę wybrano, uzasadnienie jej wyboru oraz nazwy (firmy), albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty, a także punktację przyznaną ofertom w każdym kryterium oceny ofert i łączną punktację;

2) wykonawcach, których oferty zostały odrzucone, podając uzasadnienie faktyczne i prawne;

3) wykonawcach, którzy zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne – jeżeli postępowanie jest prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego, negocjacji bez ogłoszenia albo zapytania o cenę;

4) terminie, określonym zgodnie z art. 94 ust. 1 lub 2 ustawy Pzp , po którego upływie umowa w sprawie zamówienia publicznego może być zawarta.

2. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty zamawiający zamieszcza informacje, o których mowa w  ust. 1 pkt 1, na stronie internetowej oraz w miejscu publicznie dostępnym w swojej siedzibie

**19.Zawarcie umowy**

1. Zamawiający zawiera umowę w sprawie zamówienia publicznego, z zastrzeżeniem art. 183 ustawy Pzp , w  terminie nie krótszym niż 10 dni od dnia przesłania zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty, jeżeli zawiadomienie to zostało przesłane w sposób określony w art. 27 ust. 2 ustawy Pzp, albo 15 dni – jeżeli zostało przesłane w inny sposób.

2. Zamawiający może zawrzeć umowę w sprawie zamówienia publicznego przed upływem terminów, o których mowa w ust. 1, jeżeli w postępowaniu o udzielenie zamówienia złożono tylko jedną ofertę

3. Jeżeli wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyla się od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego lub nie wnosi wymaganego zabezpieczenia należytego wykonania umowy, zamawiający może wybrać ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert bez przeprowadzania ich ponownego badania i  oceny, chyba że zachodzą przesłanki unieważnienia postępowania, o których mowa w art. 93 ust. 1 ustawy pzp.

4. Warunki, na jakich Zamawiający zawrze umowę z przyszłym Wykonawcą zostały określone w projektach

umów stanowiącym załączniki nr 7 do specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

5. Informację o zawarciu umowy zamawiający umieści na stronie portalu internetowego Biuletynu zamówień publicznych oraz na własnej stronie internetowej.

**20. Wymagania dotyczące zabezpieczenia należytego wykonania umowy**

Nie dotyczy

**21. Pouczenie o środkach ochrony prawnej przysługujących wykonawcy w toku**

 **postępowania o udzielenie zamówienia**

1. Środki ochrony prawnej przysługują wykonawcy, uczestnikowi konkursu, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez zamawiającego przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych.

2. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w  postępowaniu o udzielenie zamówienia lub l zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.

3. Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Gospodarczej w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

4. Odwołujący przesyła kopię odwołania zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w  taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.

Domniemywa się, iż zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia za pomocą jednego ze sposobów określonych w art. 27 ust. 2 ustawy Pzp.

**W sprawach nie unormowanych niniejsz**ą **specyfikacj**ą **maj**ą **zastosowanie przepisy ustawy PRAWO ZAMÓWIE**Ń **PUBLICZNYCH ORAZ KODEKS CYWILNY**

**22.Dodatki**

Dodatkami do specyfikacji istotnych warunków zamówienia są:

1. formularz oferty zał. Nr 1
2. formularz cenowy załącznik nr. 2
3. opis przedmiotu zamówienia zał. nr3,
4. Oświadczenia zał. nr. 4,5
5. Lista kapitałowa zał. nr 6
6. Wzór umowy zał. nr 7

Przeworsk 07.01.2016 r

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

 Zatwierdzam

**Załącznik Nr 1**

---------------------------------

 (Pieczęć firmowa oferenta)

## OFERTA

dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Przeworsku

ul. Szpitalna 16 37-200 Przeworsk

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę ambulansu drogowego typu C wraz z wyposażeniem medycznym**

1.Oferujemy wykonanie usługi będącym przedmiotem zamówienia:

1.1 za cenę netto ................................zł w tym podatek VAT.................................zł razem brutto.................................................................

Słownie brutto ................................................................................................................

zgodnie z załączonym formularzem cenowym.

1.2 przy zastosowaniu parametrów techniczno-użytkowych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr oceniany** | **Ocena punktowa parametrów techniczno-użytkowych** |  **Wpisać** **Ilość punktów****TAK/NIE** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Zewnętrzny schowek techniczny wyposażony dodatkowo w wysuwaną szufladę o pojemności min 40 l. wyposażenie dodatkowe np. technicznego np. łom, nożyce, saperka oraz dodatkowy osobny, zamykany schowek na pasy do desek, krzesełka i noszy. Oferowane rozwiązanie musi być stosowane seryjnie przez producenta i nie może być prototypem zaprojektowanym na potrzeby postępowania. | Tak = 5 pkt., Nie = 0 pkt. |  |
| 2. | Możliwość regulacji długości goleni przednich(bez udziału serwisu),na minimum trzech poziomach w celu dostosowania wysokości najazdowej noszy, do wysokości podstawy noszy zamontowanej w ambulansie. | Tak = 5 pktNie = 0 pkt |  |
| 3. | Za fotelem, przy tylnych drzwiach prawych uchylny uchwyt na drugi plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym musi odpowiadać wymogom PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.9 i być przedmiotem całopojazdowego badania dynamicznego |  Tak = 5 pkt., Nie = 0 pkt. |  |
| 4. | Nad szafką duży plaski panel informacyjny o wymiarach min. 800x600 mm posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie, umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących np. procedur medycznych, przekazywania informacji zespołowi przejmującemu karetkę |   Tak = 5 pkt.,  Nie = 0 pkt |  |
| 5. | Nad nadkolem, miejsce i system mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej spełniający wymagania PN EN 1789 w zakresie pkt. 4.5.9, System musi być przebadany i być elementem badania dynamicznego, urządzenie do masażu klatki piersiowej w przypadku jego zamontowania musi być dostępne przy zamkniętych drzwiach ambulansu  |  Tak = 5 pkt.,  Nie = 0 pkt |  |
| 6. | System sterowania odbiornikami oparty o panele dotykowe z funkcją Turbo Timmer, umożliwiającą obniżenie temperatury turbiny/turbin, z zabezpieczeniem przed dostępem przez osoby niepowołane. | Tak = 5 pkt., Nie = 0 pkt. |  |

2.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

3.Oświadczamy, że akceptujemy warunki załączonego projektu umowy.

4.Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ...................................................................
2. ...................................................................
3. ...................................................................
4. ...................................................................

data i podpis oferenta

**Załącznik nr .2**

**Formularz cenowy**

…………………………

(Pieczęć firmowa oferenta )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Sprzęt | Nazwa | Ilość | CenaJedn. netto  |  VAT | Wartość brutto |
| 1 | Samochód bazowy |  |  |  |  |  |
| 2 | Krzesełko kardiologiczne |  |  |  |  |  |
| 3 | Respirator  |  |  |  |  |  |
| 4 | Defibrylator z torbą |  |  |  |  |  |
| 5 | Nosze |  |  |  |  |  |
| 6 | Nosze podbierające |  |  |  |  |  |
| 7 | Deska ortop. |  |  |  |  |  |
| 8 | Płachta do przenoszenia pacjenta |  |  |  |  |  |
| 9 | Kapnometr z opcją pulsoksymetrii |  |  |  |  |  |
| 10 | Zestaw unieruchamiający do złamań |  |  |  |  |  |
| 11 | Zestaw kołnierzy |  |  |  |  |  |
| 12 | Latarka diagnostyczna |  |  |  |  |  |
| 13 | Reduktor z przepływomierzem |  |  |  |  |  |
| 14 | Komplet worków samorozprężalnych |  |  |  |  |  |
| 15 | Ssak akumulatorowy |  |  |  |  |  |
| 16 | Ssak mechaniczny |  |  |  |  |  |
| 17 | Pompa infuzyjna |  |  |  |  |  |
| 18 | Zestaw nebulizacyjny dla dzieci i dorosłych |  |  |  |  |  |
| 19 | Mankiet do szybkich przetoczeń |  |  |  |  |  |
| 20 | Przenośny zestaw rurek do udrażniania dróg oddecowych |  |  |  |  |  |
| 21 | Przenośny rozszerzony zestaw do udrażniania dróg oddechowych |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |

 data i podpis oferenta

**Załącznik Nr 3**

………………………………………………

 Pieczęć firmowa Wykonawcy

 **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYMAGANE GRANICZNE WARUNKI TECHNICZNE DLA SAMOCHODU BAZOWEGO , WYPOSAŻENIA MEDYCZNEGO ORAZ PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO
AMBULANSU DROGOWEGO TYPU – C W ILOŚCI 1 SZTUKI**

Pojazd kompletny (ciężarowy), Marka/Typ/Oznaczenie handlowe…………………………………........................

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

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

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

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

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

Tabela nr 1 – parametry techniczno-użytkowe ambulansu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagane minimalne warunki (parametry) dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej  | (opisuje Wykonawca) |
| warunek graniczny:wpisaćTAK lub NIE | Wpisać oferowane przez Wykonawcę parametry  |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. | **NADWOZIE** | ------ | ----------------------------------------------- |
| 1 |  Pojazd podstawowy (bazowy) typu furgon, - z nadwoziem samonośnym całkowicie stalowym zabezpieczonym antykorozyjnie - ocynkowane wszystkie drzwi, maska, błotniki, podłużnice i poprzecznice, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegająca skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi tłoczonymi profilami z tworzywa sztucznego w kolorze białym  |  |  |
| DMC do 3,5t |  |  |
| Częściowo przeszklony (wszystkie szyby termoizolacyjne) z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu przez szybę drzwi tylnych i bocznych. Półki nad przednią szybą. |  |  |
| Kabina kierowcy dwuosobowa. Lampki do czytania dla kierowcy i pasażera, wnęka nad przednią szybą do zamontowania radiostacji  |  |  |
| W komorze silnika złącze rozruchowe (dodatkowy biegun dodatni) |  |  |
| Furgon-lakier w kolorze białym |  |  |
| 2. | Nadwozie przystosowane do przewozu min. 4 osób w pozycji siedzącej oraz 1 osoba w pozycji leżącej na noszach. |  |  |
| 3. | Wysokość przedziału medycznego min.1,85 m |  |  |
| 4. | Długość przedziału medycznego min.3,25m |  |  |
| 5. | Szerokość przedziału medycznego min.1,75m |  |  |
| 6. | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min.260 stopni, wyposażone w ograniczniki położenia drzwi, wys. min.1,80m, kieszenie z siatki na tylnych drzwiach, |  |  |
| 7. | Drzwi boczne prawe przeszklone, przesuwane, z otwieraną szybą, z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi  |  |  |
| 8. | Uchwyt sufitowy dla pasażera w kabinie kierowcy |  |  |
| 9. | Zewnętrzne okna przedziału medycznego pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. |  |  |
| 10 | Częściowo przeszklona przegroda oddzielająca kabinę kierowcy od przedziału medycznego wyposażona w otwierane drzwi o wysokości min. 1,80 m. Dopuszcza się przesuw mechaniczny lub elektryczny  |  |  |
| 11 | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami do zewnętrznego schowka) z alarmem obejmujący wszystkie drzwi pojazdu |  |  |
| 12 | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu , bez szyby, z fabrycznym systemem elektrycznym wspomagającym zamykanie drzwi  |  |  |
| 13 | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi z oddzielonymi komorami , umożliwiający zamontowanie:- 2 szt. butli tlenowych z 10l z reduktorami,- krzesełka kardiologicznego - szyn typu Kramer- noszy podbierakowych: miejsce mocowania wyposażone w uniwersalny, niezależny system mocowania noszy podbierakowych umożliwiający mocowanie różnych modeli noszy zbierakowych o różnych szerokościach - desek ortopedycznych: miejsce mocowania wyposażone w uniwersalny, niezależny system mocowania deski ortopedycznej dla dorosłych lub/i dzieci umożliwiający mocowanie różnych modeli desek o różnych szerokościach- materaca próżniowego w ochronnym pokrowcu- kamizelki unieruchamiającej typu KED,- min. 2 kasków ochronnych,- torby opatrunkowej z dostępem również z przedziału medycznego- stabilizatorów głowy do desek,- pasy do desek, krzesełka i noszy  |  |  |
| 14 | Zewnętrzny schowek techniczny wyposażony dodatkowo w wysuwaną szufladę o pojemności min 40 l. (podać rozmiary długość, szerokość, wysokość, pojemność) na wyposażenie dodatkowe np. technicznego np. łom, nożyce, saperka oraz dodatkowy, osobny zamykany schowek na pasy do desek, krzesełka i noszy. Oferowane rozwiązanie musi być stosowane seryjnie przez producenta i nie może być prototypem zaprojektowanym na potrzeby postępowania. – parametr nie wymagany, punktowany. W przypadku zaoferowania załączyć rysunek techniczny ze schematem schowka i zdjęcie schowka w wyprodukowanym ambulansie.  |  |  |
| 15 | Poduszka powietrzna dla kierowcy i pasażera, dwie poduszki boczne oraz kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera |  |  |
| 16 | Stopień wejściowy tylny zintegrowany ze zderzakiem. |  |  |
| 17 | Stopień wejściowy do przedziału medycznego wewnętrzny pokryty wykładziną antypoślizgową |  |  |
| 18 | Elektrycznie otwierane szyby boczne w kabinie kierowcy |  |  |
| 19 | Światła boczne pozycyjne |  |  |
| 20 | Dzielone wsteczne lusterka zewnętrzne elektrycznie podgrzewane i regulowane,  |  |  |
| 21 | Zestaw narzędzi z podnośnikiem, zestaw naprawczy do uszkodzonych opon, |  |  |
| 22 | Fabryczny będący wyposażeniem pojazdu bazowego elektroniczny system regulacji prędkości obrotowej silnika na postoju w celu doładowania zespołu akumulatorów, gdy ambulans nie jest w ruchu  |  |  |
| 23 | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów, czujnik zmierzchu automatycznie włączający światła mijania, |  |  |
| 24 | Układ wydechowy fabrycznie przedłużony do końca pojazdu przystosowany do pełnienia funkcji samochodu specjalnego sanitarnego |  |  |
| 25 | Przednie reflektory przeciwmgielne |  |  |
| 26 | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75l. |  |  |
| 27 | Elektryczne złącze do podłączenia urządzeń zewnętrznych (technologia CAN bus) |  |  |
| 28 | Radioodtwarzacz CD z głośnikami w kabinie kierowcy zasilany z 12V z eliminacją zakłóceń i anteną dachową ze wzmacniaczem antenowym. |  |  |
| 29 | Kabina kierowcy ma być wyposażona w dotykowy panel sterujący min. następującymi funkcjami: |  |  |
| - Sterowanie sygnalizacją dźwiękową dodatkową- Sterowanie światłami roboczymi 4 strony.- Kontrolki załączenia poszczególnych świateł roboczych.- Kontrolka podłączenia do sieci 230v.- Kontrolka otwartego przejścia w ścianie działowej.- Sterowanie otwarciem drzwi w ścianie działowej.- Sterowanie oświetleniem przedziału medycznego - grupa 1 i 2.- Sterowanie oświetleniem przedziału medycznego - oświetlenie nocne- Sterowanie oświetleniem punktowym przedziału medycznego - 1 i 2- Sterowanie wentylatorem przedziału -medycznego zasys i wyciąg powietrza.- Kontrolki działania wentylatora zasys i wyciąg powietrza.- Mierniki stanu naładowania akumulatorów.- Funkcja turbo timmer, *parametr nie wymagany, punktowany*Komunikacja pomiędzy panelami w kabinie kierowcy oraz przedziale medycznym a także pojazdem bazowym realizowana w sposób cyfrowy |  |  |
| 30 |  Sprawozdanie z badań dynamicznych zabudowy medycznej z pkt. 4.5.9. (zwane w SIWZ: badaniem 10 g) dotyczące typu ambulansu będącego przedmiotem oferty zgodnie z wymaganiami zharmonizowanej Normy Europejskiej PN EN 1789+A1:2011 lub równoważną. Dokument wystawiony przez niezależną notyfikowaną jednostkę badawczą – załączyć do oferty sprawozdanie z badań wraz z dokumentacją techniczną do sprawozdania, określającą schemat zabudowy będącej przedmiotem badania - załączyć zdjęcia z badania oraz rysunki techniczne zabudowy potwierdzone przez jednostkę wykonującą badanie. Typ pojazdu badanego określony w sprawozdaniu z badań dynamicznych musi odpowiadać typowi pojazdu określonemu w załączonej homologacji pojazdu skompletowanego.  |  |  |
| 31 | Załączyć aktualną cało pojazdową homologację typu WE pojazdu skompletowanego (oferowanego ambulansu typu C) i podstawowego (samochodu ciężarowego) , zgodną z ROZPORZĄDZENIE 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 oraz Dyrektywą 2007/46/WE . Nie jest wymagane składanie wraz z ofertą załączników do homologacji, lecz w przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania wykonawcy do ich przedłożenia celem weryfikacji zgodności oferty z wymogami SIWZ |  |  |
| II. | **SILNIK** | -------------- | ---------------------------------------------- |
| 1 | Z zapłonem samoczynnym, wtryskiem bezpośrednim typu Common Rail, turbodoładowany, elastyczny, zapewniający przyspieszenie pozwalające na sprawną pracę w ruchu miejskim, |  |  |
| 2 | Silnik o pojemności min. 1900 cm³ |  |  |
| 3 | Silnik o mocy min. 160 KM |  |  |
| 4 | Moment obrotowy min. 360 Nm |  |  |
| 5 | Norma emisji spalin Euro 6 |  |  |
| III. | **ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** | -------------- | ----------------------------------------------- |
| 1. | Skrzynia biegów manualna synchronizowana |  |  |
| 2 | Min. 6-biegów do przodu i bieg wsteczny |  |  |
| 3 | Napęd na koła przednie lub tylne |  |  |
| IV. | **UKŁAD HAMULCOWY i SYSTEMY BEZPIECZEŃSTWA** | -------------- | ----------------------------------------------- |
| 1. | Układ hamulcowy ze wspomaganiem, wskaźnik zużycia klocków hamulcowych, |  |  |
| 2 | Z systemem zapobiegającym blokadzie kół podczas hamowania - ABS lub równoważny |  |  |
| 3 | Elektroniczny korektor siły hamowania |  |  |
| 4 | Z systemem wspomagania nagłego (awaryjnego) hamowania |  |  |
| 5 | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył), przednie wentylowane, |  |  |
| 6 | System stabilizacji toru jazdy typu ESP adaptacyjny tzn. uwzględniający obciążenie pojazdu, |  |  |
| 7 | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej przy ruszaniu typu ASR |  |  |
| 8 | Asystent bocznego wiatru, |  |  |
| V. | **ZAWIESZENIE** |  |  |
| 1. | Fabryczne zawieszenie posiadające wzmocnione drążki stabilizacyjne obu osi Zawieszenie przednie i tylne wzmocnione zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta . Zwiększony nacisk na oś przednią do min. 1 800 kg. Tylne resory dwupiórowe. |  |  |
| 2 | Zawieszenie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta |  |  |
| VI. | **UKŁAD KIEROWNICZY** | -------------- | ----------------------------------------------- |
| 1. | Ze wspomaganiem hydraulicznym |  |  |
| 2. | Z regulowaną kolumną kierownicy w dwóch płaszczyznach |  |  |
| VII. | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | -------------- | ----------------------------------------------- |
| 1. | Fabryczne będące wyposażeniem pojazdu bazowego pomocnicze ogrzewanie elektryczne o maksymalnej mocy grzewczej min. 1,5 kW uzyskiwanej w czasie max. 0,5 min od momentu uruchomienia silnika współpracujące z układem klimatyzacji w utrzymaniu zadanej temperatury.  |  |  |
| 2. | Ogrzewanie wewnętrzne postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V z możliwością ustawienia temperatury i termostatem, min. moc grzewcza 2000 W. |  |  |
| 3. | Mechaniczna wentylacja nawiewno – wywiewna |  |  |
| 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  |  | (podać markę i model) |
| 5. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach min. 300 mm x 500 mm. z roletą/moskitierą. Zamawiający nie wymaga, aby szyberdach pełnił funkcję wyjścia ewakuacyjnego |  |  |
| 6. | Klimatyzacja dwuparownikowa, oddzielna dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego, Umożliwiająca klimatyzowanie przedziału medycznego  |  | (podać markę i model)  |
| VIII. | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | -------------- | ----------------------------------------------- |
| 1. | Zespół 2 akumulatorów fabrycznych o łącznej pojemności min. 190 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. 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. |  |  |
| 2 | Wzmocniony alternator spełniający wymogi obsługi wszystkich odbiorników prądu i jednoczesnego ładowania akumulatorów - min 180 A. |  |  |
| 3 | Automatyczna ładowarka akumulatorowa (zasilana prądem 230V) sterowana mikroprocesorem ładująca akumulatory prądem odpowiednim do poziomu rozładowania każdego z nich |  |  |
| 4. | Instalacja elektryczna 230 V:a) zasilanie zewnętrzne 230 Vb) min. 2 zerowane gniazda w przedziale medycznym c) zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznymd) zabezpieczenie przeciwporażeniowee) przewód zasilający 5 m |  |  |
| 5 | Na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V |  |  |
| 6 | Grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu zasilana z sieci 230V |  |  |
| 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 |  |  |
| IX. | **SYGNALIZACJA ŚWIETLNO-DŹWIĘKOWA****I OZNAKOWANIE** | -------------- | ----------------------------------------------- |
| 1. | Belka świetlna umieszczona na przedniej części dachu    pojazdu   z min. 6 modułami   LED koloru niebieskiego    i    dodatkowymi światłami roboczymi LED do oświetlania przedpola ambulansu, Belka z podświetlanym napisem „AMBULANS”. W pasie przednim zamontowany głośnik o mocy 100 W, sygnał dźwiękowy modulowany -  możliwość podawania komunikatów głosowych |  |  |
| 2. | Tylna lampa ostrzegawcza w technologii LED |  |  |
| 3. | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane z manipulatora umieszczonego w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy. |  |  |
| 4. | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po otwarciu drzwi widoczne przy otwarciu o 90, 180 i 260 stopni |  |  |
| 5. | Dodatkowa sygnalizacja niskotonowa z głośnikiem mocy min. 100W posiadające certyfikat zgodności z REG 10 EKG ONZ, załączane na czas pracy od 10 do 30 sekund  |   |  |
| 6. | Dwie niebieskie lampy LED na wysokości pasa przedniego, barwy niebieskiej,  |  |  |
| 7. | 4 reflektory robocze zewnętrzne LED po bokach pojazdu do oświetlenia miejsca akcji, po 2 z prawej i lewej strony, z możliwością włączania/wyłączania zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego, 2 z reflektorów montowanych w tylnej części ścian bocznych włączające się automatycznie razem ze światłami roboczymi tylnymi po wrzuceniu biegu wstecznego przez kierowcę. |  |  |
| 8. | Oznakowanie pojazdu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.:- 3 pasy odblaskowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. wykonanych z folii:a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) typu 1 lub3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachuc) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”)- 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;- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej „S” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm, - nazwy dysponenta jednostki umieszczonej po obu bokach pojazdu (miejsce i forma do uzgodnienia),- logo Zamawiającego – (miejsce i forma do uzgodnienia) |  |  |
| X. | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | ------------- | -------------------------------------------------- |
| 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) typu halogenowego lub LED |  |  |
| 2. |  oświetlenie punktowe halogenowe lub LED regulowane umieszczone w suficie nad noszami min. 2 szt. |  |  |
| 3. |  oświetlenie punktowe halogenowe lub LED zamontowany nad blatem roboczym |  |  |
| XI. | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY I JEGO WYPOSAŻENIE** | -------------- | ----------------------------------------------- |
|  | WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO |  |  |
| 1 | Zabudowa specjalna na ścianie działowej : Szafka przy drzwiach prawych przesuwnych z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w:- trzy główne szuflady na drobny sprzęt medyczny, w każdej szufladzie system przesuwnych przegród porządkujący przewożone tam leki i sprzęty. - Dodatkową szufladę na leki narkotyczne zamykana na klucz,- Wbudowany pojemnik na zużyte igły z możliwością jego wymiany z zewnątrz bez potrzeby wchodzenia do przedziału medycznego,- Wysuwaną szufladę na kosz na odpady - wnęka z miejscem i systemem mocowania plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego, Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się zamków typu "PUSH" otwierających się samoczynnie pod wpływem działania siły odśrodkowej. Nad blatem roboczym listwa ampularyjna umożliwiająca szybkie wpięcie i wypięcie ampułek z lekami podczas ich przygotowywania3) Przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego4) Termobox wbudowany w wysuwaną szufladę. Podać rozmiary temoboxu: długość, szerokość, wysokość oraz pojemność. Oferowane rozwiązanie musi być stosowane seryjnie przez producenta i nie może być prototypem zaprojektowanym na potrzeby postępowania. Załączyć do oferty potwierdzony przez jednostkę badawczą rysunek techniczny szafki na ścianie działowej będący elementem dokumentacji do załączonego sprawozdania z badań 10g  |  |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie prawej:1) 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. Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się zamków typu "PUSH" otwierających się samoczynnie pod wpływem działania siły odśrodkowej. 2) jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni , wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kat oparcia pod plecami, regulowany w płaszczyźnie pionowej lub zintegrowany zagłówek, składane do pionu siedzisko. 3) za fotelem, przy tylnych drzwiach prawych uchylny uchwyt na drugi plecak ratunkowy, wyposażony w plecak ratunkowy, umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu. Uchwyt jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym musi odpowiadać wymogom PN EN 1789+A1:2011 w zakresie pkt. 4.5.9 i być przedmiotem cało pojazdowego badania 10 g.- parametr nie wymagany, punktowany. W przypadku zaoferowania parametru załączyć do oferty potwierdzony przez jednostkę badawczą rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do załączonego sprawozdania z badań 10 g4) w tylnej części przy drzwiach tylnych uchwyt na butlę tlenową o pojemności 2,7 litra,5) uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych,6) przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu,7) przy drzwiach przesuwnych bocznych panel klawiszowy lub dotykowy umożliwiający sterowanie minimum:- Sterowanie światłami roboczymi lewa strona + kontrolka działania- Sterowanie światłami roboczymi prawa strona + kontrolka działania.- Sterowanie światłami roboczymi tył + kontrolka działania.- Sterowanie oświetleniem przedziału medycznego grupa 1 i 2.- Sterowanie oświetleniem nocnym przedziału medycznego - Sterowanie oświetleniem punktowym przedziału medycznego 1 i 2- Sterowanie wentylatorem przedziału medycznego zasys i wyciąg powietrza.- Kontrolki działania wentylatora zasys i wyciąg powietrza.- Termostat ogrzewania postojowego 230V (np. typu Defa lub równoważny).- Sterowanie klimatyzacją przedziału medycznego- Sterowanie ogrzewaniem powietrznym np. typu Webasto lub równoważnym)- Sterowanie dzwonkiem do kabiny kierowcy Załączyć do oferty potwierdzony przez jednostkę badawczą schemat zabudowy ściany prawej będący elementem dokumentacji do załączonego sprawozdania z badań 10g. |  |  |
| Zabudowa specjalna na ścianie lewej:1.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, oraz przegrody umożliwiające oddzielenie sprzętu medycznego. Ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się zamków typu "PUSH" otwierających się samoczynnie pod wpływem działania siły odśrodkowej. Załączyć do oferty rysunek techniczny oferowanego rozwiązania potwierdzony przez jednostkę badawczą będący elementem dokumentacji do załączonego sprawozdania z badań 10 g.2.pod szafkami panel z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazdami 12V (min. 3 szt.),3.poniżej szafek system min. 2 paneli przesuwnych, umożliwiający montaż sprzętu medycznego oraz możliwość przesuwy wzdłuż noszy i blokadę w dowolnym położeniu.4.na wysokości głowy pacjenta miejsce do zamocowania respiratora transportowego oraz pólka z miejscem na przewody zasilające i przewód pacjenta,5.w przedniej części ściany lewej, na styku ze ścianą działową główna szafa z pojemnikami i szufladami do uporządkowanego transportu i segregacji leków, miejscem na torbę ratunkową z dostępem także ze strony przedziału technicznego, miejscem zamontowania ssaka elektrycznego i gniazdem 12V, zamykana roletą, u dołu szafki wbudowany kosz na odpady medyczne,6.w górnej części szafy duży, plaski, będący elementem konstrukcyjnym szafy, panel informacyjny o wymiarach min. 800x600 mm (podać dokładny wymiar panelu) posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie, umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących np. procedur medycznych, przekazywania informacji zespołowi przejmującemu karetkę – parametr nie wymagany, punktowany. Oferowane rozwiązanie musi być stosowane seryjnie przez producenta i nie może być prototypem zaprojektowanym na potrzeby postępowania. – załączyć potwierdzony przez jednostkę badawczą rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do załączonego sprawozdania z badań 10g 7.przy szafce u wezgłowia noszy zamontowany jeden fotel dla personelu medycznego, obrotowy w zakresie kąta 90 stopni , wyposażony w dwa podłokietniki, zintegrowane 3 – punktowe bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, regulowany kąt oparcia pod plecami, regulowany w płaszczyźnie pionowej zagłówek, składane do pionu siedzisko. Fotel z możliwością jego przesuwu w zakresie min. 50 cm i możliwością bezpiecznego zablokowania mechanicznego lub elektrycznego w wybranej pozycji 8. nad nadkolem, miejsce i system mocowania urządzenia do masażu klatki piersiowej spełniający wymagania PN EN 1789+A1:2011 w zakresie pkt. 4.5.9. System musi być przebadany i być elementem badania dynamicznego, urządzenie do masażu klatki piersiowej w przypadku jego zamontowania musi być dostępne przy zamkniętych drzwiach ambulansu - parametr nie wymagany, punktowany. W przypadku zaoferowania załączyć potwierdzony przez jednostkę badawczą rysunek techniczny oferowanego rozwiązania będący elementem dokumentacji do załączonego sprawozdania z badań 10g.  |  |  |
| 2 | Uchwyt do kroplówki na min. 3 szt. mocowane w suficie |  |  |
| 3 | Zabezpieczenie wszystkich urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem się w czasie jazdy, gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. |  |  |
| 4 | Centralna instalacja tlenowa:a) z zamontowanym na ścianie lewej panelem z min. 2 punktami poboru typu AGA (oddzielne gniazda pojedyncze) , b) 2 szt. butli tlenowych 10 litrowych w zewnętrznym schowku, 2 szt. reduktorów wyposażonych w manometry, manometry reduktorów zabezpieczone przed uszkodzeniami mechanicznymi, miejsce mocowania 2 butli tlenowych 10 litrowychc) instalacja tlenowa przystosowana do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm.d) konstrukcja ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu z wnętrza ambulansu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. |  |  |
| 5 | Mechaniczna laweta (tzw. stół medyczny pod nosze główne) posiadająca przesuw boczny z wysuwanym najazdem umożliwiającym wjazd noszy na lawetę.  |  |  |
| 7 | Uchwyt sufitowy dla personelu |  |  |
| XII. | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |  |  |
| 1 | Kabina kierowcy wyposażona w instalację dla 1 radiotelefonu |  |  |
| 2 | Wyprowadzenie instalacji do podłączenia 1 radiotelefonu |  |  |
| 3 | Wmontowana dachowa krótka antena radiotelefonu o parametrach: |  |  |
| a) zakres częstotliwości 168-170 Mhz |  |  |
| b) impedancja wejścia 50 Ohm |  |  |
| c) współczynnik fali stojącej 1,6 |  |  |
| d) charakterystyka promieniowania dookólna |  |  |
| XIII. | **DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** | ------- | ----------------------------------------------- |
| 1 | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym |  |  |
| 2 | Urządzenie do wybijania szyb w przedziale medycznym. |  |  |
| 3 | W kabinie kierowcy przenośny szperacz na elastycznym przewodzie |  |  |
| 4 | Trójkąt ostrzegawczy, komplet kluczy, podnośnik samochodowy |  |  |
| 5 | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy, |  |  |
| 6 | Zbiornik paliwa w ambulansie przy odbiorze ma być napełniony powyżej stanu ,,rezerwy” |  |  |
| 7 | Serwis gwarancyjny zabudowy specjalnej (łącznie z wymaganymi okresowymi przeglądami zabudowy) sanitarnej realizowany w siedzibie Zamawiającego. W przypadku konieczności użycia sprzętu specjalistycznego ( np. podnośnik, kanał itp.) dopuszcza się wykonanie serwisu w specjalistycznym warsztacie położonym w odległości do 10 km od siedziby Zamawiającego, wynajętym na czas serwisu na koszt wykonawcy |  |  |
| XIV. | **GWARANCJA** | -------------- | ------------------------------------------ |
| 1 | Gwarancja mechaniczna – min. 36 miesięcy ( dopuszczalny limit 250 tys. km) |  |  |
| 2 | Gwarancja na powłoki lakiernicze ambulansu – min. 36 miesięcy  |  |  |
| 3 | Gwarancja na perforację – min. 120 miesięcy |  |  |
| 4. | Gwarancja na zabudowę medyczną – min. 24 miesiące,  |  |  |

**Tabela nr 2 parametry sprzętu medycznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Wymagany sprzęt medyczny** | **warunek graniczny** | **Wpisać oferowane przez Wykonawcę parametry**  |
| **I** | **NOSZE GŁÓWNE** |  |  |
|  | Podać markę, model  | Tak |  |
|  | przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; | Tak |  |
|  | z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp. Przystosowanym do mycia i dezynfekcji .  | Tak |  |
|  | nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej | Tak |  |
|  | Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 80 stopni. | Tak |  |
|  | Wyposażone w podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający przedłużenie leża w celu transportu pacjenta o znacznym wzroście |  |  |
|  | z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy. Dodatkowo wyposażone w system pasów/uprzęży służący do transportu małych dzieci w pozycji leżącej lub siedzącej. | Tak |  |
|  | wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane barierki boczne.  | Tak  |  |
|  | obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg); | Tak |  |
|  | waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); | Tak |  |
|  | Załączyć folder potwierdzający oferowane parametry. | Tak |  |
| **II** | **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** |  |  |
|  | Podać markę, model oraz dołączyć folder wraz z opisem | 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 na min. sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane sprężynami gazowymi. | Tak |  |
|  | system niezależnego składania się przednich i tylnych goleni transportera w momencie załadunku do ambulansu i rozładunku z ambulansu pozwalający na wprowadzenie zestawu transportowego do ambulansu przez jedną osobę | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji długości goleni przednich(bez udziału serwisu),na minimum trzech poziomach w celu dostosowania wysokości najazdowej noszy, do wysokości podstawy noszy zamontowanej w ambulansie. *Parametr nie wymagany, dodatkowo punktowany* | Tak |  |
|  | możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia); | Tak |  |
|  | wszystkie 4 kółka jezdne o średnicy min. 125 mm, minimum dwa skrętne w zakresie 360 o, hamulce na dwóch kółkach.(hamulec ma uniemożliwić obrót kółek oraz funkcję skrętu) | Tak |  |
|  | transporter ma umożliwiać prowadzenie noszy w bok do kierunku jazdy. | Tak |  |
|  | Transporter ma posiadać możliwość złożenia do minimalnego poziomu wysokości poprzez zwolnienie dedykowanych blokad, bez konieczności wykonywania dodatkowych, absorbujących czas czynności, np. ustawianie kół do jazdy „na wprost”, uruchamianie blokady kół. | Tak  |  |
|  | Funkcja prowadzenia w bok ma być dostępna na minimum dwóch poziomach wysokości. | Tak  |  |
|  | Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych. | Tak  |  |
|  | obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 200 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); | Tak-podać |  |
|  | waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg); | Tak- podać |  |
|  | transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi; | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE -załączyć | Tak |  |
|  | Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789-załączyć raport wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną  | Tak |  |
| **III** | **NOSZE PODBIERAJĄCE (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Łopaty noszy wykonane z aluminium  | Tak |  |
|  | Rozdzielne na dwie niezależne połowy | Tak |  |
|  | Możliwość złożenia noszy do transportu w ambulansie | Tak |  |
|  | Regulacja długości  | Tak |  |
|  | Wyposażone w min. 3 pasy dla pacjenta | Tak |  |
|  | Udźwig min. 180 kg | Tak |  |
| **IV** | **KRZESEŁKO TRANSPORTOWE (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Składane, wyposażone w miękkie siedzisko | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkowym złożeniem | Tak |  |
|  | Min. cztery kółka transportowe | Tak |  |
|  | Z możliwością złożenia do transportu w ambulansie. | Tak |  |
|  | Wyposażone w składane w 2 pary składanych rączek tylnych | Tak |  |
|  | Przednie rączki z regulacją długości na min. Dwóch poziomach | Tak |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg | Tak |  |
|  | Waga max. 10 kg | Tak |  |
| **V** | **PŁACHTA DO PRZENOSZENIA PACJENTA** **(podać producenta i model)** |  |  |
|  | Min. 8 uchwytów do przenoszenia | Tak |  |
|  | Wymiary min. 2000mm x700 mm | Tak |  |
|  | Kieszeń na stopy | Tak |  |
|  | Nośność min. 400 kg | Tak |  |
| **VI** | **DESKA ORTPEDYCZNA Z UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY i PASAMI** **(podać producenta i model)** |  |  |
|  | - Wykonana z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego - min. 14 dużych uchwytów Długość – min. 184 cmSzerokość – min. 45 cmWaga deski – max 7 kg | Tak |  |
|  | PASY ZABEZPIECZAJACE DO DESKI:- konstrukcja pasa dwuczęściowa,- możliwość regulacji długości,- pasy kodowane kolorami mocowane do deski | Tak |  |
|  | STABILIZATOR GŁOWY- system 2 klocków z otworami umożliwiającymi dostęp do tętnic szyjnych,- podkładka z rzepem do przyczepiania klocków,- paski do mocowania stabilizatora do deski  | Tak |  |
| **VII** | **REDUKTOR Z PRZEPŁYWOMIERZEM**  |  |  |
|  | Możliwość regulacji przepływu w zakresie min. 0-25l/min | Tak |  |
|  | Dodatkowe szybkozłącze AGA | Tak |  |
| **VIII** | **ZESTAW UNIERUCHAMIAJĄCY DO ZŁAMAŃ (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Minimum 13 szyn Kramera w miękkim powleczeniu z tworzywa sztucznego i torbie transportowej | Tak |  |
| **IX** | **ZESTAW UNIERUCHAMIAJĄCY GÓRNY SZYJNY ODCINEK KRĘGOSŁUPA (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Kołnierz stabilizujący, uniwersalny dla dorosłych z regulacją podparcia podbródka szt. 3 | Tak |  |
|  | Kołnierz stabilizujący, uniwersalny pediatryczny z regulacją podparcia podbródka szt. 3  | Tak |  |
| **X** | **LATARKA DIAGNOSTYCZNA**  |  |  |
|  | Wykonana z aluminium | Tak |  |
|  | Żródło światła – dioda LED | Tak |  |
|  | Zasilanie – 1 bateria typ AAA | Tak |  |
|  | Czas pracy latarki na jednej baterii AAA do min. 15 godzin | Tak |  |
|  | Waga max. 17 gram | Tak |  |
| **XI** | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DOROSŁYCH (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Wielorazowy przystosowany do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |
|  | Dla pacjentów o masie powyżej 30 kg | Tak |  |
|  | Objętość worka ok. 1500 ml | Tak |  |
|  | Wyposażony w kpl. 3 masek w rozmiarach 3,4,5 przystosowanych do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |
|  | Rezerwuar tlenu- możliwość podłączenia bezpośrednio do worka bez potrzeby używania dodatkowych łączników | Tak |  |
|  | Wyposażony w ciśnieniową zastawkę bezpieczeństwa  | Tak |  |
|  | Wyposażony w kątową zastawkę pacjenta |  |  |
| **XII** | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DZIECI (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Wielorazowy przystosowany do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |
|  | Dla pacjentów o masie 8-30 KG | Tak |  |
|  | Objętość worka ok. 550 ml | Tak |  |
|  | Wyposażony w kpl. 3 masek w rozmiarach 1,2,3 przystosowanych do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |
|  | Rezerwuar tlenu- możliwość podłączenia bezpośrednio do worka bez potrzeby używania dodatkowych łączników | Tak |  |
|  | Wyposażony w ciśnieniową zastawkę bezpieczeństwa 40 cm H2O | Tak |  |
|  | Wyposażony w kątową zastawkę pacjenta | Tak |  |
| **XIII** | **WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA NIEMOWLĄT (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Wielorazowy przystosowany do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |
|  | Dla pacjentów o masie poniżej 8 kg | Tak |  |
|  | Objętość worka ok. 280 ml | Tak |  |
|  | Wyposażony w kpl. 2 masek przystosowanych do sterylizacji w autoklawie | Tak |  |
|  | Rezerwuar tlenu- możliwość podłączenia bezpośrednio do worka bez potrzeby używania dodatkowych łączników | Tak |  |
|  | Wyposażony w ciśnieniową zastawkę bezpieczeństwa 40 cm H2O | Tak |  |
|  | Wyposażony w kątową zastawkę pacjenta | Tak |  |
| **XIV** | **SSAK ELEKTRYCZNY (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do min. 85 bar | Tak |  |
|  | Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie | Tak |  |
|  | Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości min. 1 litr | Tak |  |
|  | Minimalny przepływ 30 l/min | Tak |  |
|  | Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy | Tak |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe zapewniające minimum 45 min. pracy | Tak |  |
|  | Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu ssaka- zgodny z wymaganiami normy PN EN 1789 | Tak |  |
| **XV** | **SSAK MECHANICZNY (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Przenośny ssak mechaniczny typu pistoletowego, ze zbiornikiem na wydzielinę | Tak |  |
|  | Wydajność min. 20 l/min | Tak |  |
|  | Podciśnienie min. 550 mmHg | Tak |  |
|  | Pojemność zbiornika na wydzielinę min. 300 ml | Tak |  |
| **XVI** | **ZESTAW NEBULIZACYJNY DLA DZIECI I DOROSŁYCH (KPL)** |  |  |
|  | Zestaw nebulizacyjny jednorazowego użytku dla dzieci – 20 szt  | Tak |  |
|  | Zestaw nebulizacyjny jednorazowego użytku dla dorosłych – 20 szt  | Tak |  |
| **XVII** | **POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | Tak |  |
|  | Możliwość montażu w ambulansie | Tak |  |
|  | Kabel zasilający 12 V w zestawie  | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **XVIII** | **KAPNOMETR Z OPCJĄ PULSOKSYMETRII (PODAĆ PRODUCENTA I MODEL)** |  |  |
|  | Pamięć: 24h (SpO 2 , Puls) | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji: 0 - 100% SpO 2  | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu: minimum 18 - 300 uderzeń na minutę | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru nasycenia CO2: 0 do >75 mmHg | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru oddechu: 1 - 60 oddechów na minutę | Tak |  |
|  | Próg wykrywania oddechu: 5 mmHg | Tak |  |
|  | Dokładność: | Tak |  |
|  | Saturacja: 70 -100% +/- 2 stopnie dla dorosłych używających klipsa na palec | Tak |  |
|  | Temperatura podczas pracy: | Tak |  |
|  | Pulsoksymetr: -20° do +50°C | Tak |  |
|  | Detektor CO 2: 0° do +50°C | Tak |  |
|  | Temperatura przechowywania: -30° do +50°C | Tak |  |
|  | Wilgotność:Podczas pracy: 10 - 95% | Tak |  |
|  | Waga: 310 g (z bateriami) | Tak |  |
| **XIX** | **Respirator przenośny** |  |  |
|  | Respirator transportowy przeznaczony do wentylacji dorosłych i dzieci od 1 roku życia | Tak |  |
|  | Tryb wentylacji kontrolowanej min. CMV | Tak |  |
|  | Wyposażony w wbudowany manometr i zastawkę ciśnieniową bezpieczeństwa regulowaną płynnie w zakresie 20-60 mbar | Tak |  |
|  | Wentylacja 100% -tlenem i mix tlenowy min. 60 % | Tak |  |
|  | Niezależna regulacja objętości minutowej i częstotliwości oddechowej | Tak |  |
|  | Regulacja objętości oddechowej w zakresie min. 5-20 l/min | Tak |  |
|  | Regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie min. 8-40 oddechów/min. | Tak |  |
|  | Funkcja inhalacja o przepływie min 0-15 l / min realizowana przy zasilaniu tlenem z butli jak i z gniazda AGA instalacji ściennej | Tak |  |
|  | Zastawka PEEP regulowana w zakresie min. 5-20 l/min, przewód do pobierania tlenu z centralnej instalacji tlenowej karetki ze złączem AGA | Tak |  |
|  | Przewód pacjenta z zaworem pacjenta i maską nr 5 | Tak |  |
|  | Alarmy bezpieczeństwa - optyczne i dźwiękowe : wysokiego ciśnienia wentylacji, niskiego ciśnienia, wentylacji/rozłączenia, niskiego ciśnienia tlenu na przyłączu tlenowym, rozładowania baterii | Tak |  |
|  | Zasilanie bateryjne – czas pracy baterii min. 1 rok | Tak |  |
|  | Reduktor tlenowy i butlao pojemności 2 l | Tak |  |
|  | Respirator umieszczony w opakowaniu transportowym wraz z butląi reduktorem, z uchwytem ściennym do ambulansu | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **XX** | **DWUNASTO ODPROWADZENIOWY DEFIBRYLATOR**  |  |  |
|  | Aparat przenośny | Tak |   |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci | Tak |   |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC lub 12V DC – ładowarka minimum dwustanowiskowa | Tak |   |
|  | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J | Tak |   |
|  | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | Tak |   |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | Tak |   |
|  | Norma IP min 44 | Tak |   |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Tak |   |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Tak |   |
|  | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak |   |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 5 do 200 J | Tak |   |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | Tak |   |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak |   |
|  | Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | Tak |   |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia. | Tak |   |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |   |
|  | Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę | Tak |   |
|  | Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA | Tak |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |   |
|  | Alarmy częstości akcji serca | Tak |   |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min | Tak |   |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia. | Tak |   |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak |   |
|  | Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”. | Tak |   |
|  | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm. | Tak |   |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Tak |   |
|  | Transmisji danych przez modem 3G do stacji odbiorczych. | Tak |   |
|  | Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci. | Tak |   |
|  | Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | Tak |   |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | Tak |   |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2. | Tak |   |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł IBP | Tak |   |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury. | Tak |  |
|  | Uchwyt do mocowania defibrylatora w karetce. | Tak |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **XXI** | **Zestaw do ciśnieniowego podawania płynów infuzyjnych (podać producenta i model)** |  |  |
|  | Wyposażony w gruszkę do pompowania powietrza i zawór spustowy oraz mechaniczny wskaźnik ciśnienia  | Tak |  |
|  | Zakres ciśnienia min 0-300 mmHg | Tak |  |
|  | Możliwość umieszczenia płynów o objętości 500 ml | Tak |  |
| **XXII** | **Przenośny uproszczony zestaw do udrażniania dróg oddechowych – 1 kpl**  |  |  |
|  | Worek resuscytacyjny dla dorosłych z rezerwuarem tlenu i kpl masek twarzowych nr 3,4,5 -1 szt | Tak |  |
|  | Worek resuscytacyjny dla dzieci z rezerwuarem tlenu i kpl masek twarzowych nr 2,1,0 – 1 szt | Tak |  |
|  | Rurki ustno-gardłowe Guedela min. 8 szt w plastikowym etui – 1 kpl  | Tak |  |
|  | Ssak mechaniczny ręczny typu pistoletowego – 1 szt | Tak |  |
|  | Maska z ustnikiem i portem tlenowym do wentylacji – 1 szt | Tak |  |
|  | Torba transportowa na powyższe wyposażenie .Wymiary min. 520x320x320. Min. 4 zewnętrzne kieszenie. Możliwość noszenia w ręku, na ramieniu i plecach  | Tak |  |
| **XXIII** | **PRZENOŚNY ROZSZERZONY ZESTAW DO UDRAŻNIANIA DRÓG ODDECHOWYCH.** |  |  |
|  | Zestaw do infuzji – komplet kaniul min. 6 szt i aparatów do przetoczeń w saszetce | Tak |  |
|  | Laryngoskop światłowodowy dla dorosłychKomplet minimum 4 łyżek typu Macintosh i rękojeść w plastikowym etui | Tak |  |
|  | Laryngoskop światłowodowy dla dzieciKomplet minimum 4 łyżek typu Miller i rękojeść w plastikowym etui | Tak |  |
|  | Glukometr z kpl min 100 pasków – 1 szt  | Tak |  |
|  | Kleszczyki Magilla dla dorosłych i dzieci – 2 szt  | Tak |  |
|  | Zestaw rurek intubacyjnych w rozmiarach : 4,5; 5; 5,5; 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5; 9 z prowadnicą | Tak |  |
|  | Zestaw rurek krtaniowych oznaczonych kolorystycznie w rozmiarach:nr 2 dzieci 12-25 kg – kolor zielony,nr 3 dorośli <155 cm - kolor żółty, nr 4 dorośli 155-180 cm - kolor czerwony, nr 5 dorośli >180 cm - kolor czerwony | Tak |  |
|  | Combitube dwuświatłowa rurka dotchawicza, przeznaczona głównie do intubacji w sytuacjach krytycznych- 1 szt | Tak |  |
|  | Uchwyt do rurki intubacyjnej dla dorosłych i dzieci. – 2 szt | Tak |  |
|  | Medyczna torba transportowa – 1 szt Wymiary min. 520x320x320Min. 4 zewnętrzne kieszenieMożliwość noszenia w ręku, na ramieniu i plecach  | Tak |  |
|  | Nożyczki do cięcia materiałów – 1 szt | Tak |  |

**UWAGA:** Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry punktowane nie są wymagane. Nie zaoferowanie parametrów punktowanych nie powoduje odrzucenia oferty.

Zamawiający prosi aby dla usprawnienia procedury sprawdzania oferowanych parametrów Wykonawca zaznaczył z odniesieniem do punktów w tabeli wszystkie oferowane parametry w załączonych do oferty dokumentach (homologacja, folder, prospekt, instrukcja itp.).

..............................................., dnia ....................... 2015 r. ……….………………….……............

 (miejscowość) (pieczątka i podpis osoby uprawnionej)

**Załącznik nr. 4 do SIWZ**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Nazwa Wykonawcy**

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

**Adres Wykonawcy**

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

Na podstawie art. 44 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (j.t. Dz.U. Nr 113 z 2013r., poz. 907, z późn. zm.,)

Oświadczamy, że spełniamy wymagania zawarte w art. 22 ust.1 Pzp tj. spełniamy warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczęć imienna, podpis osoby(osób)

 uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

*Uwagi do Załącznika*

\*wypełnia Wykonawca – jeśli dotyczy.

\* W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego winna być podana nazwa i adres każdego z Wykonawców odrębnie.

 **Załącznik nr. 5 do SIWZ**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

**Nazwa Wykonawcy**

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

**Adres Wykonawcy**

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

Niniejszym oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia z powodu niespełniania warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo Zamówień Publicznych (tj.Dz. U. z 2013 r. poz.907z późn. zm.)

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

 Miejscowość, data

…………………………………………………………

Pieczęć imienna i podpisy osób uprawnionych Wykonawcy

**Załącznik nr 6**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Nazwa Wykonawcy**

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

**Adres Wykonawcy**

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

Oświadczam , że **NALEŻĘ / NIE NALEŻĘ\*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr. 50, poz.. 331 z późn.zm ), o której mowa w art. 24 ust.2 pkt.5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r .poz. 907z późn. zm).

Lista podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej

1. …………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 pieczęć imienna, podpis osoby(osób)

 uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

**\* niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Umowa - projekt**

zawarta w dniu …………… r. w Przeworsku, pomiędzy:

**A)** **Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Przeworsku**

 adres: 37-200 Przeworsk ul. Szpitalna 16

 reprezentowanym przez: Józefa Więcława-Dyrektora

 zwanym w dalszej części umowy "ZAMAWIAJĄCYM",

 a

**B)**

 adres:

 reprezentowanym przez:

 zwanym w dalszej części umowy "WYKONAWCĄ"

 w wyniku udzielenia zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego przeprowadzonego na podstawie ustawy z dnia 29.01.2004r , Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r poz. 907 z późn. zm)

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest dostawa ambulansu sanitarnego specjalistycznego typu „C” marki …………………….. (fabrycznie nowego), zwanego dalej ambulansem zgodnie z załączoną ofertą przetargową stanowiącą integralną cześć umowy.
2. WYKONAWCA wyda ZAMAWIAJĄCEMU ambulans w stanie nadającym się do użytkowania wraz z wyposażeniem medycznym.

**§ 2**

1. Strony ustalają, że dostarczenie ambulansu nastąpi w terminie do 45 dni od daty zawarcia umowy.
2. ZAMAWIAJĄCY wymaga dostawy ambulansu do siedziby ZAMAWIAJĄCEGO lub strony uzgodnią odbiór ambulansu w siedzibie WYKONAWCY.
3. ZAMAWIAJĄCY również dopuszcza dostawę ambulansu fabrycznie nowego, zarejestrowanego.
4. O przygotowaniu ambulansu do wydania WYKONAWCA ma obowiązek zawiadomić ZAMAWIAJĄCEGO z co najmniej 3 dniowym wyprzedzeniem przed ustalonym terminem dostawy.
5. Odbiór ambulansu potwierdzony zostanie pisemnym protokołem odbioru ilościowego i jakościowego, podpisanym przez przedstawicieli Stron. Integralną część protokołu zdawczo-odbiorczego stanowią karty gwarancyjne , książka pojazdu, wyciągi ze świadectw homologacji.

**§ 3**

1. Ustala się cenę ambulansu w wysokości:

 netto - ………………. zł (słownie: …………………………………… ...)

 pod. VAT - …………. ……zł (słownie: ………………………………………)

 brutto - ………………. zł (słownie: ………………………………………)

1. Podstawą do wystawienia faktury jest podpisany przez Strony protokół, o którym

mowa w § 2 ust. 4.

1. Zapłata ceny nastąpi przelewem na rachunek WYKONAWCY wciągu 30 dni od dnia dostarczenia ambulansu i podpisania protokołu ilościowego i jakościowego.

**§ 4**

1. WYKONAWCA na ambulans udziela gwarancji jakości na:
	1. na perforację nadwozia na okres ….. miesięcy
	2. na powłoki lakiernicze ambulansu na okres ….. miesięcy
	3. na podzespoły mechaniczne i wyposażenie na okres …. miesięcy
	4. na zabudowę medyczną na okres …. miesięcy
	5. na sprzęt medyczny na okres …. miesięcy
2. WYKONAWCA oświadcza, że serwis gwarancyjny prowadzony będzie przez:

 - …………………………………………………………………………..

 - ………………………………………………………………………......

3. WYKONAWCA zapewni samochód zastępczy równoważny na czas wykonywania usługi serwisowej przekraczającej okres 7 dni.

**§ 5**

1. WYKONAWCA zapłaci ZAMAWAIJĄCEMU karę umowną:

 - za odstąpienie od umowy przez ZAMAWIAJĄCEGO z winy WYKONAWCY w

 wysokości 10% ceny brutto określonej w § 3 ust. 1,

 - za opóźnienie w oddaniu przedmiotu umowy w wysokości 0,2% ceny brutto określonej

 w § 3 ust. 1 za każdy dzień opóźnienia.

2. Strony ustalają, że w razie naliczenia kary umownej zgodnie z ust. 1 pkt 2

 ZAMAWIAJĄCY potrąci je z wystawionych faktur.

1. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego

 na zasadach ogólnych.

**§ 6**

W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie będzie służyło interesowi publicznemu, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, ZAMAWIAJĄCY może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od daty powzięcia wiadomości o tej zmianie, o czym poinformuje WYKONAWCĘ na piśmie.

**§ 7**

Zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 8**

W sprawach nie uregulowanych w umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o prawo zamówieniach publicznych.

**§ 9**

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez właściwy miejscowo Sąd dla Zamawiającego

**§ 10**

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla każdej ze stron.

**ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA**