##### **Załącznik nr 6 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

Przedmiot przetargu:

Ambulans typu C przeznaczony do transportu noworodków (neonatologiczny) wraz z wyposażeniem oraz ubezpieczeniem tego wyposażenia od wszystkich ryzyk i ubezpieczeniem komunikacyjnym ambulansu (OC p.p.m., Autocasco, NNW, Assistance) przez okres 2 lat.

Producent / Firma: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Urządzenie typ: . . . . . . . . . .

Rok produkcji: 2017 (sprzęt fabrycznie nowy), nieeksploatowany.

Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu kompletnego, czyli przed wykonaniem adaptacji (wynikająca ze świadectwa homologacji); data wydania i numer świadectwa homologacji

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

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

Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu skompletowanego, czyli po wykonaniu adaptacji (wynikająca ze świadectwa homologacji); data wydania i numer świadectwa homologacji:

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

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

Nazwa i adres wykonawcy zabudowy przedziału medycznego:

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

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

Ambulans ma spełniać wymagania określone w polskiej normie PN-EN 1789 typ ambulansu C (lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do przedmiotu (zakresu) prowadzonego postępowania.

Podać datę wystawienia certyfikatu oraz nazwę jednostki, która przeprowadziła badania (wystawiła certyfikat):

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Parametr / Warunek wymagany, punktowany | | **Odpowiedź Wykonawcy/**  **Parametry oferowane (opisać)** | | |
| **A. Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie dotyczącym pojazdu (samochodu) bazowego** | | | | | |
| **I. NADWOZIE** | | | | | |
| **1** | Typ furgon częściowo przeszklony z DMC do max. 3,5 t. (Podać DMC …… t). | |  | | |
| **2** | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele, fotele z podłokietnikami , tapicerka w ciemnym kolorze ze sztucznej skóry | |  | | |
| **3** | Drzwi boczne prawe przesuwne do tyłu z otwieraną szybą i elektrycznym systemem wspomagania ich domykania | |  | | |
| **4** | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby, z elektrycznym systemem wspomagania ich domykania. | |  | | |
| **5** | Drzwi tylne przeszklone otwierane na boki do kąta min. 260o (Podać Kąt ….… o). | |  | | |
| **6** | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny. | |  | | |
| **7** | Stopień wejściowy do przedziału ładunkowego wewnętrzny stały lub zewnętrzny automatycznie chowany / wysuwany przy zamykaniu / otwieraniu drzwi przesuwnych (Podać typ stopnia). | |  | | |
| **8** | Autoalarm + centralny zamek we wszystkich drzwiach sterowany z oryginalnego kluczyka (pilota) pojazdu bazowego. | |  | | |
| **9** | Reflektory przeciwmgielne przednie, światła do jazdy dziennej włączane automatycznie po uruchomieniu silnika i w momencie włączenia sygnałów świetlno-dźwiękowych, przełączane samoczynnie na światła mijania (i odwrotnie) | |  | | |
| **10** | Kolor biały (lakier naniesiony w ramach fabrycznego procesu produkcyjnego). | |  | | |
| **II. SILNIK** | | | | | |
| **1** | Wysokoprężny (Podać pojemność ……..…… cm3),  6-cio cylindrowy, z grzałką w układzie chłodzenia zasilaną z sieci 230V. | |  | | |
| **2** | Moc silnika min. 180 KM, max. moment obrotowy nie mniejszy niż 350 Nm (Podać moc ……..…… KM).  **Moc silnika = 180 KM – 0 pkt**  **Moc silnika 181 - 189 KM - 10 pkt**  **Moc silnika 190 KM i powyżej – 20 pkt** | |  | | |
| **3** | Emisji spalin Euro VI  Emisja CO2 poniżej 300 g/km  Dopuszczalne zużycie energii:  olej napędowy 36Mj/l x 20 l = 720 MJ/100 km = 7,20 MJ/km. | |  | | |
| **4.** | Rozrząd w formie łańcucha  **TAK – 10 pkt**  **NIE – 0 pkt** | |  | | |
| 1. ZESPÓŁ NAPĘDOWY | | | | | |
| 1 | Skrzynia biegów automatyczna. | |  | | |
| 2 | Napęd na koła przednie lub tylne (Podać napęd na koła ……..…… ). | |  | | |
| **IV. ZAWIESZENIE** | | | | | |
| **1** | Zawieszenie wzmocnione ze stabilizatorami osi przedniej i tylnej lub zawieszenie hydropneumatyczne (pneumatyczne) ze stabilizacją. | |  | | |
| **2** | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie oraz zapewniające odpowiedni komfort transportu pacjenta. | |  | | |
| **V. UKŁAD HAMULCOWY** | | | | | |
| **1** | Ze wspomaganiem i korektorem siły hamowania. | |  | | |
| **2** | Z systemem ABS zapobiegającym blokadzie kół w trakcie hamowania. | |  | | |
| **3** | Z elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy np. ESP. | |  | | |
| **4** | Z systemem zapobiegającym poślizgowi kół w trakcie ruszania np. ASR | |  | | |
| **5** | Z systemem wspomagania nagłego hamowania np. BAS, BA i przerywanym trybem działania świateł STOP (lub świateł awaryjnych) w przypadku nagłego hamowania. | |  | | |
| **6** | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył). | |  | | |
| **VI. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | |
| **1** | Alternator o wydajności powyżej 180A (podać wydajność: ……..…… A). | |  | | |
| **2** | Dwa akumulatory każdy o pojemności min. 90 Ah. | |  | | |
| **VII. WYPOSAŻENIE POJAZDU** | | | | | |
| **1** | Czołowe i boczne poduszki powietrzne dla kierowcy i pasażera. | |  | | |
| **2** | Elektrycznie sterowane szyby boczne w kabinie kierowcy. | |  | | |
| **3** | Regulowana kolumna kierownicy, w co najmniej dwóch płaszczyznach (góra-dół, przód-tył) | |  | | |
| **4** | Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka zewnętrzne. | |  | | |
| **5** | Elektrycznie podgrzewana szyba przednia. | |  | | |
| **6** | Czujnik deszczu i światła. | |  | | |
| **7** | Klimatyzacja kabiny kierowcy. | |  | | |
| **8** | Kamera cofania z monitorem zamontowanym w kabinie kierowcy (może być elementem adaptacji na ambulans) | |  | | |
| **9** | Kamera do jazdy w przód z rejestratorem jazdy (może być elementem adaptacji na ambulans) | |  | | |
| **10** | Czujniki parkowania: przednie i tylne (mogą być elementem adaptacji na ambulans) | |  | | |
| **11** | Pełnowymiarowe koło zapasowe lub zestaw naprawczy w poręcznej torbie składający się z: uszczelniacza, kompresora 12V o wysokiej wydajności min. 150 PSI z manometrem, z latarką, z wężem przedłużającym o długości min. 7 m, z przewodem zasilającym o długości min. 2,5 m zakończonym wtyczką do zapalniczki. (może być elementem adaptacji na ambulans) | |  | | |
| **12** | Kompletne koła zimowe – 4 szt | |  | | |
| **13** | Asystent martwego punktu  **TAK – 10 pkt**  **NIE – 0 pkt** | |  | | |
| **14** | Kontrola ciśnienia w oponach | |  | | |
| **B. Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny (AMBUANS TYPU C - NEONATOLOGICZNY)** | | | | | |
| **I. NADWOZIE** | | | | | |
| **1** | Minimalne wymiary przedziału medycznego (długość x szerokość x wysokość)  (3250 mm x 1700mm x 1800mm) (Podać długość x szerokość x wysokość). | |  | | |
| **2** | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, 2 szt. butli powietrznej 10l, kompresora. | |  | | |
| **II. OGRZEWANIE I WENTYLACJA** | | | | | |
| **1** | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik (podać markę oraz model urządzenia), | | | |  |
| **2** | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230 V, min. moc grzewcza 2000 W (podać markę oraz model urządzenia). | | | |  |
| **3** | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania przedziału medycznego typu powietrznego o mocy min. 5,0 kW, umożliwiający ogrzanie silnika a także kabiny kierowcy i przedziału medycznego przed rozruchem silnika o mocy min. 5,0 kW (podać markę oraz model urządzenia). Ogrzewanie może być elementem fabrycznym pojazdu bazowego | | | |  |
| **4** | Dodatkowy niezależny od pracy i układu chłodzenia silnika system powietrzny ogrzewania przedziału medycznego o mocy min 5,0 kW (podać markę oraz model urządzenia). | | | |  |
| **5** | Mechaniczna dachowa wentylacja nawiewno – wywiewna zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego (podać markę oraz model wentylatora). | | | |  |
| **6** | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa). | | | |  |
| **7** | Szyberdach pełniący jednocześnie funkcję wyjścia ewakuacyjnego o wymiarach min. 800 mm x 500 mm sterowany (otwierany/zamykany elektrycznie lub manualnie) – (podać markę oraz model szyber dach). | | | |  |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** | | | | | |
| **1** | Instalacja elektryczna 230 V:  - zasilanie zewnętrzne 230 V (gniazdo + wtyczka)  - min. 3 gniazda w przedziale medycznym  - grzałka w bloku silnika  - zabezpieczenie uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym  - zabezpieczenie przeciwporażeniowe. | | | |  |
| **2** | Automatyczna ładowarka akumulatorowa umożliwiająca jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju. | | | |  |
| **3** | Instalacja elektryczna 12V:  - min. 5 gniazd 12 V w przedziale medycznym (w tym jedno 20A do podłączenia listwy zasilającej inkubator), do podłączenia urządzeń medycznych.  - gniazda zabezpieczone przed zalaniem i zabrudzeniem, wyposażone we wtyki. | | | |  |
| **4** | Inwertor prądu stałego 12V na zmienny sinusoidalny 230V o mocy min. 1000 W, umożliwiający zasilanie urządzeń 230 V w trakcie jazdy karetki (podać markę oraz model urządzenia). | | | |  |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** | | | | | |
| **1** | W przedniej części dachu pojazdu zintegrowane tj. wbudowane w nadwozie lampy koloru niebieskiego typu LED, w pasie przednim lub w komorze silnika zmontowany głośnik z sygnałem dźwiękowym modulowanym, o mocy min. 100W z możliwością podawania komunikatów głosem | | | |  |
| **2** | Na masce silnika, na pasie przednim oraz w przednich błotnikach niebieskie lampy pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED (w sumie 6 szt.) | | | |  |
| **3** | Na lusterkach zewnętrznych 2 niebieskie lampy (po jednym na każde lusterko) pulsacyjne barwy niebieskiej typu LED. | | | |  |
| **4** | W tylnej części pojazdu zintegrowane z nadwoziem, połączone w jeden moduł niebieskie światła sygnalizacyjne typu LED, dodatkowymi kierunkowskazami | | | |  |
| **5** | Na drzwiach tylnych lampy pulsacyjne działające przy otwarciu ww. drzwi. | | | |  |
| **6** | Oznakowanie pojazdu  - 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 nadkoli  b) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachu  c) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”)  d) napisy oraz oznakowanie pojazdu symbolem ratownictwa medycznego  2. Logo IMiD – szt. 3, oznakowanie Zamawiającego oraz Logo Dekry szt 2 (do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji zamówienia). | | | |  |
| **7** | Reflektory zewnętrzne z tyłu pojazdu typu LED - 2 szt. ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. | | | |  |
| **8** | Dodatkowe sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej. | | | |  |
| **9** | Dodatkowe sygnały nisko tonowe o mocy min. 100W | | | |  |
| **V. ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** | | | | | |
| **1** | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następujące wymogi:  - zakres częstotliwości -168-170 MHz  - współczynnik fali stojącej -1,6  - polaryzacja pionowa  - charakterystyka promieniowania –dookólna  - odporność na działanie wiatru 55 m/s. | | | |  |
| **2** | W przedziale medycznym głośnik z możliwością podłączenia do radiotelefonu. | | | |  |
| **3** | W kabinie kierowcy radiotelefon przewoźny analogowo-cyfrowy o parametrach technicznych:   * + aktualna homologacja,   + zakres częstotliwości 136-174 MHz   + liczba kanałów min. 250   + odstęp międzykanałowy 12,5 kHz,   zasilanie 12 do 14,5 V (z uziemionym minusem),  (podać markę oraz model/typ urządzenia). | | | |  |
| **VI. OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | |
| **1** | Co najmniej 6 lamp sufitowych z oświetleniem rozproszonym w kolorze naturalnym. | | | |  |
| **2** | Co najmniej 4 sufitowe punkty świetlne (światło skupione) nad noszami, z regulacją kąta padania światła. | | | |  |
| **3** | Oświetlenie punktowe blatu roboczego. | | | |  |
| **4** | Oświetlenie nocne w barwie naturalnej lub bursztynowej. | | | |  |
| **VII. WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** | | | | | |
| **1** | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | | | |  |
| **2** | Wzmocnione ściany boczne (wzmocnienie nie miejscowe, lecz pełne) umożliwiające montaż sprzętu medycznego. | | | |  |
| **3** | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | | | |  |
| **4** | W przedziale medycznym minimum dwa fotele obrotowe wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki (zagłówek regulowany lub zintegrowany), ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanymi oparciami pod plecami (regulowany kąt oparcia – podać zakres regulacji). | | | |  |
| **5** | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą, przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne (minimalna wysokość przejścia 1800mm) spełniające normę PN EN 1789. | | | |  |
| **6** | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):  - zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. np. deski pediatrycznej, kamizelka typu KED, szyny Kramera, torby opatrunkowej  - półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem (podświetlenie w barwie naturalnej ciepłej lub bursztynowej) umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty. | | | |  |
| **7** | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:  - zespół szafek z miejscem do zamocowania 2 szt. walizek aluminiowych  - dwie walizki aluminiowe „reanimacyjne” o min. wymiarach 530 x 370 x 190 mm  - blat roboczy na wysokości 100 cm ± 10cm (podać wysokość) wykończony blachą nierdzewną z pojemnikami na zużyte igły, strzykawki  - uchwyt mocujący min. 3 szt. pudełek na rękawiczki jednorazowe. | | | |  |
| **8** | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 3 szt. pojemników. | | | |  |
| **9** | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. | | | |  |
| **10** | Szyna typu Modura o dł. min 30 cm na ścianie lewej. | | | |  |
| **11** | Centralna instalacja tlenowa:  - min 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej monoblokowe typu panelowego oraz 1 gniazdo w suficie  - 2 szt. butli tlenowych 10 l z reduktorami (konstrukcja reduktora umożliwiająca montaż i demontaż reduktora bez konieczności używania kluczy).  - konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony  - konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony.  Instalacja wyposażona w przepływomierz obrotowy o przepływie od 0 do 15L/min oraz nawilżacz tlenowy. | | | |  |
| **12** | Na ścianie lewej zestaw trzech przesuwnych paneli do mocowania uchwytów sprzętu medycznego tj. defibrylator, respirator czy pompa | | | |  |
| **13** | Centralna instalacja sprężonego powietrza  - pompa sprężonego powietrza (kompresor o wydajności min. 70l i ciśnieniu 3,5 Bara z rezerwuarem ze stali szlachetnej o pojemności min. 4 l i elektrozaworem wyrównującym ciśnienie) oraz pojedyncze gniazdo ścienne panelowe monoblokowe  - 2 butle sprężonego powietrza o pojemności min. 10l z reduktorem oraz pojedynczym gniazdem ściennym panelowym monoblokowym  (w sumie dwa pojedyncze gniazda do poboru sprężonego powietrza). | | | |  |
| **14** | Podstawa hydropneumatyczna/pneumatyczna (laweta) pod inkubator posiadająca przesuw boczny, wysuw na zewnątrz i pochył umożliwiający wjazd transportera na lawetę wraz z inkubatorem, z możliwością ustawienia pozycji pływającej z automatycznym doborem stopnia amortyzacji w zależności od obciążenia, dopuszczalne obciążenie powyżej 350 kg  (Podać markę oraz model/typ urządzenia). | | | |  |
| **15** | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. | | | |  |
| **16** | Pojemnik termoizolacyjny (lodówka) stacjonarny umożliwiający przewożenie leków w temperaturze ok. 5 stopni C. | | | |  |
| **VIII. WYMAGANIA DODATKOWE** | | | | | |
| **1** | Przedział medyczny ma być wyposażony w:  - urządzenie do wybijania szyb i przecinania pasów bezpieczeństwa  - gaśnicę  - panel sterujący:   * informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu * z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) * z funkcją wyświetlania aktualnej temperatury wewnątrz termoboxu * sterujący oświetleniem przedziału medycznego * sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego * zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury * co najmniej dwa kosze na śmieci (w przedniej i tylnej części przedziału medycznego) * kamerę przedziału medycznego podłączoną do monitora zamontowanego w kabinie kierowcy. | | | |  |
| **2** | Kabina kierowcy ma być wyposażona w:  - panel sterujący:   * sterujący pracą sygnalizacji świetlno – dźwiękowej * informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych * informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu karetki do sieci 230 V * informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy * informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego * ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego * sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych, pneumatycznych)   - radioodtwarzacz CD z dodatkowym głośnikami (min. 2 szt.) w przedziale medycznym. | | | |  |
| **C. Wymogi, co do przedmiotu zamówienia w zakresie Sprzętu medycznego** | | | | | |
| 1. **INKUBATOR TRANSPORTOWY Z WYPOSAŻENIEM ( 1szt.)** | | | | | |
| 1 | | Podać markę i model załączyć folder oraz dokumenty rejestrowe dopuszczające do stosowania w placówkach służby zdrowia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (wszystkie dokumenty wraz z instrukcją dostawy dostarczyć przy dostawie) | |  | |
| 2 | | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2017 | |  | |
| 3 | | Inkubator przeznaczony do transportu wewnętrznego w szpitalu jak i zewnętrznego noworodków w ambulansie . | |  | |
| 4 | | Urządzenie zasilane z sieci 230V/50Hz jak i instalacji 12V ambulansu , wyposażony w system ładowania akumulatora | |  | |
| 5 | | Inkubator wyposażony w akumulator wbudowany w moduł zasilania, czas pracy na akumulatorze min 45 minut, dodatkowo wyposażony w akumulator z czasem pracy min 60 minut podłączony do systemu zasilania i ładowania inkubatora | |  | |
| 6 | | W kpl. zestaw kabli zasilających z instalacji 12V i 24V i 230V do podłączenia inkubatora do zasilania . Kabel 12V zakończony wtykiem Lexel kompatybilny z gniazdami zasilającymi w ambulansie | |  | |
| 7 | | Inkubator o stabilnej konstrukcji zawierający:  - kapsułę transportową, w której umieszczony jest noworodek – waga kapsuły max. 40kg (podać wagę kapsuły),  - moduł zasilania elektronicznego i w gazy medyczne,  - transporter wielopoziomowy jezdny wraz z platformą nośną pod inkubator kompatybilny z systemem mocowania na lawecie w karetce umożliwiający szybki wjazd i wyjazd inkubatora z lub do karetki.  dodatkowo kapsuła zabezpieczona stelażem ochronnym zabezpieczającym inkubator przed uszkodzeniami mechanicznymi | |  | |
| * 1. **KAPSUŁA TRANPORTOWA INKUBATORA Z MODUŁEM ZASILANIA** | | | | | |
| 1 | Kapsuła transportowa jest mocowana do modułu zasilającego w sposób rozłączny bez użycia narzędzi. | | |  | |
| 2 | Kapsuła transportowa wraz z modułem zasilania gazowego i elektrycznego jest mocowana do platformy nośnej w sposób stabilny gwarantujący bezpieczeństwo. (Nie dopuszcza się mocowania za pomocą pasków). | | |  | |
| 3 | Kapsuła transportowa umożliwiająca obserwację dziecka z 5 stron , wyposażona w 4 otwory pielęgnacyjne oraz min 1 szt. otwieranych drzwi na bocznych ścianach , kapsuła otwierana z min 3 stron | | |  | |
| 4 | Wyposażona w wymienny materacyk oraz  dodatkowy materacyk próżniowy kompatybilny z leżem noworodka z możliwością odsysania powietrza wyposażony w pompkę | | |  | |
| 5 | Inkubator wyposażony w panel sterowania z wyświetlaczem LCD | | |  | |
| 6 | Wbudowany elektroniczny układ regulacji temperatury z 2 poziomowym zabezpieczeniem przed przegrzaniem | | |  | |
| 7 | Wbudowany oksymetr do pomiaru koncentracji tlenu pod kopułą inkubatora, z układem alarmów przekroczenia nastawionej granicy stężenia %O2 | | |  | |
| 8 | miernik temperatury skóry noworodka wraz z min 50 przylepcami | | |  | |
| 9 | Leże noworodka wysuwane na bok w prawą stronę tj. w kierunku kabiny kierowcy umożliwiające łatwy dostęp do głowy noworodka na odległość zapewniającą możliwość intubacji noworodka | | |  | |
| * 1. **Inne wymagane funkcie i wyposażenie** | | | | | |
| 1 | Wszystkie elementy dostosowane do zasilania z instalacji ambulansu 12 V (zasilanie w karetce) | | |  | |
| 2 | Miejsce do mocowania min. 2sz butli tj. tlenowej i powietrznej o poj. do max 10 L wraz z reduktorami i butlami do podłączenia respiratora | | |  | |
| 3 | Nawilżacz do respiratora zasilany przez przetwornicę DC 12V / 230V AC, mocowany na platformie nośnej inkubatora | | |  | |
| 4 | Zestawy jednorazowych akcesoriów do nawilżacza – min 20 kpl. | | |  | |
| 5 | Ssak elektryczny transportowy (o par podanych poniżej ) z uchwytem mocującym zamocowanym na platformie inkubatora z funkcją ładowania i zasilania ssaka | | |  | |
| 6 | Zestaw min 4 pomp infuzyjnych strzykawkowych zamontowanych na platformie nośnej inkubatora wyposażonych w stacje dokujące do mocowania i podłączenia elektrycznego do pomp. | | |  | |
| 7 | Transporter wielopoziomowy kompatybilny z platformą pod inkubator oraz z mocowaniem na lawecie zamontowanej w ambulansie | | |  | |
| 8 | Respirator transportowy o parametrach podanych poniżej zamontowany na platformie inkubatora | | |  | |
| 9 | Zestaw do podaży tlenku azotu – 1kpl wraz uchwytem / miejscem montażu na platformie butli o poj. min 2l gazu montowany i transportowany na platformie inkubatora . W kpl przepływomierz elektroniczny do precyzyjnego ustawienia przepływu wraz z elektronicznym wyświetlaczem LCD nastawionych parametrów.  Monitorowanie wdechowego stężenia NO w zakresie min. 1-100ppm (podać zakres)  Pomiar stężenia NO2 w zakresie min. 1-20 ppm (podać zakres)  Posiadający alarmy:   * Alarm blokady przepływu (obstrukcji) w linii zasilającej i pomiarowej * Przekroczenia i spadku nastawionej koncentracji NO * Przekroczenia stężenia NO2 | | |  | |
| 10 | Monitor transportowy mocowany w sposób rozłączny o parametrach podanych poniżej | | |  | |
| 11 | lampa oświetlająca wnętrze inkubatora | | |  | |
| 12 | Inkubator powinien posiadać alarmy akustyczne i optyczne | | |  | |
| 13 | Na platformie ma być zamontowana listwa zasilająca 12V i 230V do podłączenia wszystkich urządzeń zamontowanych na platformie umożliwiająca podłączenie całego zestawu do stosownego źródła zasilania w ambulansie za pomocą 1 przewodu | | |  | |
| 14 | Reduktor do tlenu z możliwością stosowania tlenoterapii – min 1 szt.  Reduktor do powietrza do podłączenia respiratora – min 1 szt | | |  | |
| 15 | Butla do tlenu o poj. do max 10 L – 2 szt z czego 1 zamontowana na platformie a 2 rezerwowa w dodatkowym uchwycie  Butla do powietrza o poj. do max 10L – 2 szt z czego 1 zamontowana na platformie a 2 rezerwowa w dodatkowym uchwycie | | |  | |
| 16 | Uchwyt na co najmniej 2 kroplówki | | |  | |
| 17 | Konwerter 230V AC/12V DC – 1 szt. | | |  | |
| 18 | Pasy mocujące noworodka – min 5 sztuk (podać) | | |  | |
| 19 | Pokrowiec termoizolacyjny okrywający kapsułę z okienkiem rewizyjnym | | |  | |
| 20 | Szkolenie personelu w siedzibie użytkownika w zakresie obsługi inkubatora. | | |  | |
| 1. **Pompy objętościowe strzykawkowe – min 4 szt.** | | | | | |
| 1 | Podać: producenta, nazwę, model, kraj pochodzenia, rok produkcji. | | |  | |
| 2 | Urządzenia fabrycznie nowe. | | |  | |
| 3 | Zasilanie 230V, 50Hz oraz z zewnętrznego źródła 12V napięcia stałego. | | |  | |
| 4 | Waga do 2.5 kg każdej pompy. | | |  | |
| 5 | Możliwość stosowania strzykawek o pojemności: 5, 10, 20, 30, 50 ml (podać jakich). | | |  | |
| 6 | Czas pracy z akumulatora min. 15 h przy infuzji 5ml/h. | | |  | |
| 7 | Funkcja automatycznego rozpoznawanie objętości zamontowanej strzykawki. | | |  | |
| 8 | Szybkość dozowania min. 1000 ml/h. | | |  | |
| 9 | Szybkość dozowania Bolus-a min. 1500 ml/h. | | |  | |
| 10 | Bolus manualny i automatyczny – tzn. z możliwością zaprogramowania objętości / dawki. | | |  | |
| 11 | Programowane parametry podaży Bolus-a:   * objętość / dawka * czas lub szybkość podaży. | | |  | |
| 12 | Możliwość zmiany parametrów Bolus-a bez wstrzymywania infuzji. | | |  | |
| 13 | Programowanie parametrów infuzji w rożnych jednostkach, wymagany zestaw minimalny parametrów:   * na kg wagi ciała lub inne, * na min., godz., dobę. | | |  | |
| 14 | Biblioteka leków – zapamiętywanie w pompie parametrów infuzji, min. dla 100 leków:   * koncentracja leku * szybkość dozowania (dawkowanie) * całkowita objętość (dawka) infuzji * parametry dawki indukcyjnej * parametry bolusa. | | |  | |
| 15 | Programowanie biblioteki leków bezpośrednio z klawiatury pompy - bez konieczności stosowania dodatkowego urządzenia zewnętrznego. | | |  | |
| 16 | Oprogramowanie komputerowe (pod system Windows) na zewnętrzny komputer do tworzenia i przesyłania do pompy biblioteki leków. | | |  | |
| 17 | Programowany próg ciśnienia alarmu okluzji – min. 5 poziomów. | | |  | |
| 18 | Zmiana progu ciśnienia alarmu okluzji bez przerywania infuzji. | | |  | |
| 19 | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego. | | |  | |
| 20 | Rozbudowany system alarmów:   * nieprawidłowe mocowanie strzykawki * 5 min do opróżnienia strzykawki * pusta strzykawka * 5 min do końca infuzji * koniec infuzji * 30 min do rozładowania akumulatora * akumulator rozładowany * okluzja * pompa uszkodzona. | | |  | |
| 21 | Historia infuzji (wpisy do pamięci pompy zdarzeń z datą i czasem zdarzenia) . | | |  | |
| 22 | Strzykawka montowana od czoła pompy (tłok strzykawki nie może wystawać poza obrys urządzenia). | | |  | |
| 23 | Mocowanie pompy do statywów oraz uchwytów karetkowych bez konieczności zmiany lub demontażu uchwytu mocującego lub jakichkolwiek innych części. | | |  | |
| 24 | Uchwyt do przenoszenia pompy nie wymagający demontażu przy mocowaniu pomp w uchwycie karetkowym. | | |  | |
| 25 | Instalacja pompy w uchwycie karetkowym zgodny z PN EN 1789 zamontowanym na platformie nośnej :   * pompy mocowane niezależnie, jedna nad drugą, * automatyczne przyłączenie zasilania z uchwytu, * uchwyt karetkowy wyposażony w system zasilania 12V pozwalający na zasilanie pompy i ładowanie akumulatora po ich wpięciu do uchwytu. | | |  | |
| 26 | Zasilanie pomp mocowanych poza uchwytem karetkowym bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny dla pompy. | | |  | |
| 27 | Wyświetlanie informacji podczas pracy:   * nazwa leku, * szybkość dozowania leku * objętość i typ stosowanej strzykawki, * poziom ciśnienia dozowania oraz zaprogramowany próg alarmu okluzji, * stan naładowania akumulatora. | | |  | |
| 28 | Szkolenie personelu w siedzibie użytkownika poświadczone zaświadczeniem. | | |  | |
| **3. Transporter wielopoziomowy** | | | | | |
| 1 | Podać: producenta, nazwę, model, kraj pochodzenia, rok produkcji. | | |  | |
| 2 | Podać techniczne parametry urządzenia: wymiary urządzenia, warunki otoczenia w których może pracować, wagę itp. | | |  | |
| 3 | Obciążenie dopuszczalne transportera zgodne z wymaganiami normy PN EN 1865 (podać dopuszczalne obciążenie w kg). | | |  | |
| 4 | System automatycznego składania/rozkładania podwozia transportera przy załadunku/rozładunku transportera do/z ambulansu nie wymagający jakichkolwiek czynności związanych ze zwalnianiem blokad, wciskaniem przycisków itp.  **TAK – 20 pkt**  **NIE – 0 pkt** | | |  | |
| 5 | Systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z platformą inkubatora | | |  | |
| 6 | Regulacja wysokości w min sześciu poziomach; | | |  | |
| 7 | Możliwość ustawienia pozycji drenażowych tzn /Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia/; | | |  | |
| 8 | Wszystkie kółka jezdne o średnicy powyżej 150mm, skrętne w zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenia noszy bokiem do kierunku jazdy przez 1 osobę z dowolnej strony transportera, z blokadą przednich kółek do jazdy na wprost; kółka umożliwiające jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach na otwartych przestrzeniach. (podać średnicę kółek w mm); | | |  | |
| 9 | Transporter wyposażony w system rozpraszający elektryczne ładunki statyczne zapewniający uziemienie zestawu transportowego | | |  | |
| 10 | min. dwa kółka wyposażone w hamulce | | |  | |
| 11 | System mocowania transportera na podstawie (lawecie) musi być zgodny z wymogami aktualnej normy PN EN 1789; | | |  | |
| 12 | Dodatkowy system zabezpieczający przed złożeniem się podwozia transportera w trakcie załadunku do ambulansu w przypadku, gdy kółka najazdowe nie opierają się na lawecie a zwolniony jest mechanizm składający podwozie | | |  | |
| 13 | Dodatkowy system zabezpieczający przed wyjazdem transportera z ambulansu w przypadku niepełnego rozłożenia i braku zablokowania podwozia transportera; | | |  | |
| 14 | Dodatkowa blokada podwozia zabezpieczająca przed samoczynnym lub niekontrolowanym złożeniem się i opadnięciem transportera w dół po przypadkowym naciśnięciu lub pociągnięciu mechanizmu zwalniającego składanie podwozia | | |  | |
| 15 | System serwisowy wskazujący konieczność wykonania przeglądu okresowego uzależniony od natężenia eksploatacyjnego zestawu transportowego /opisać i złączyć materiały producenta potwierdzające oferowany parametr/ | | |  | |
| 16 | Transporter musi posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z jego obsługą | | |  | |
| 17 | Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie go z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi; | | |  | |
| 1. **Ssak akumulatorowo – sieciowy – 1 szt.** | | | | | |
| 1 | Podać: producenta, nazwę, model, kraj pochodzenia, rok produkcji. | | |  | |
| 2 | Podać techniczne parametry urządzenia: wymiary urządzenia, warunki otoczenia w których może pracować, wagę (max. 3,5kg), | | |  | |
| 3 | Akumulatorowo-sieciowy. | | |  | |
| 4 | Z wbudowanym akumulatorem z możliwością pracy w karetce i poza nią. | | |  | |
| 5 | Z możliwością ładowania akumulatora i pracy ssaka z zasilania 12 V karetki. | | |  | |
| 6 | Słój wielorazowy o pojemności min. 1 l z możliwością stosowania wkładów jednorazowych. W kpl. 50 wkładów jednorazowych | | |  | |
| 7 | Wyposażony w filtr antybakteryjny w kpl. 10 filtrów | | |  | |
| 8 | Wyposażony w zawór antyprzelewowy. | | |  | |
| 9 | Płynna regulacja siły ssania w zakresie do min. 800mBar (80kPa). | | |  | |
| 10 | Przepływ min 20 l/min. | | |  | |
| 11 | Wskaźnik stanu naładowania akumulatora. | | |  | |
| 12 | Czas pracy ciągłej akumulatora przy maksymalnym obciążeniu min. 30 minut. | | |  | |
| 13 | Uchwyt do montażu na platformie nośnej zgodny w wymogami normy PN EN 1789 posiadający funkcje zasilania ssaka i ładowania akumulatora po wpięciu urządzenia do uchwytu. | | |  | |
| 1. **Respirator transportowo noworodkowy** | | | | | |
| 1 | Podać techniczne parametry urządzenia: wymiary urządzenia, warunki otoczenia w których może pracować, wagę, | | |  | |
| 2 | Urządzenie zasilane pneumatycznie ze stacjonarnego lub przenośnego źródła tlenu lub powietrza | | |  | |
| 3 | Aparat fabrycznie nowy. | | |  | |
| 4 | Waga kompletnego respiratora max. 4kg | | |  | |
| 5 | Zasada działania: czasowo zmienny generator ciśnienia. | | |  | |
| 6 | Zasilanie i sterowanie parametrami wentylacji pneumatyczne z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu o ciśnieniu min. 3,0 – 6,0 bar. | | |  | |
| 7 | Odporny na wstrząsy, uderzenia, spełnia wymogi normy PL-EN794-3. | | |  | |
| 8 | Wentylacja noworodków i dzieci od min. 0,5 kg do max. 20 kg. | | |  | |
| 9 | Tryb wentylacji CMV + PEEP. | | |  | |
| 10 | Tryb wentylacji IMV + CPAP. | | |  | |
| 11 | Tryb wentylacji CPAP. | | |  | |
| 12 | Płynna regulacja czasu wdechu min. 0,25-2,0 sek. | | |  | |
| 13 | Płynna regulacja czasu wydechu min. 0,25-4,0 sek. | | |  | |
| 14 | Regulacja stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w zakresie 21-100%. | | |  | |
| 15 | Płynna regulacja ciśnienia granicznego w drogach oddechowych z alarmem akustycznym przekroczenia ciśnienia min. 15-70 cmH2O. | | |  | |
| 16 | Regulacja ciśnienia PEEP/CPAP min. 3-20 cmH2O. | | |  | |
| 17 | Przepływ min. do 10 l/min. | | |  | |
| 18 | Alarmy optyczne i akustyczne: wysokiego ciśnienia, niskiego ciśnienia, spadku ciśnienia gazu zasilającego, niskiego poziomu baterii. | | |  | |
| 19 | Manometr zegarowy (mechaniczny) ciśnienia w układzie oddechowym. | | |  | |
| 20 | Wskaźniki ciśnienia tlenu zasilającego i powietrza zasilającego. | | |  | |
| 21 | Obwód pacjenta – rura w układzie Y, do sterylizacji w autoklawie, układ pacjenta pozbawiony zastawek i elementów regulujących parametry ciśnienia i oddechowe. – min 3 szt.  Obwód pacjenta – rura w układzie Y, jednorazowa , układ pacjenta z zastawką – min 50 szt. | | |  | |
| 22 | Uchwyt ścienny typu kieszeń na respirator do montażu na platformie nośnej. | | |  | |
| 23 | Sprzęt gotowy do użytku bez dodatkowych inwestycji i zakupów ze strony Zamawiającego. | | |  | |
| 24 | Wyposażenie we wszelkie materiały potrzebne do uruchomienia urządzenia. | | |  | |
| 25 | Szkolenie w siedzibie użytkownika z zakresu obsługi respiratora. | | |  | |
| 1. **Monitor transportowy noworodkowy** | | | | | |
| 1 | Podać techniczne parametry urządzenia: wymiary urządzenia, warunki otoczenia w których może pracować, wagę, itp. | | |  | |
| 2 | Urządzenie zasilane z sieci 230V/50Hz z wbudowaną ładowarką, podać moc. | | |  | |
| 3 | Aparat fabrycznie nowy. | | |  | |
| 4 | Kardiomonitor dedykowany do zastosowania w transporcie wewnątrz i pozaszpitalnym , przenośny umożliwiający monitorowanie następujących parametrów życiowych:   1. EKG, HR, analiza zaburzeń pracy serca 2. Czynność oddechowa (respiracja) 3. Nieinwazyjny i inwazyjny pomiar ciśnienia NBP 4. Saturacja SpO2 5. Pomiar temperatury 6. Kapnografia | | |  | |
| 5 | **EKG / oddech**  Monitorowanie czynności oddechowej oraz 3 odprowadzeń EKG  Pomiar HR w zakresie min 20-350 /min  Pomiar częstości oddechu w zakresie min 0-150 odd/min  Rozpoznawanie zaburzeń rytmu w tym co najmniej migotania komór, przedsionków, tachykardii, bradykardii, asystolii.  W wyposażeniu:  - wielorazowy przewód EKG 3 odprowadzeniowy min 1 szt  - jednorazowa elektroda noworodkowa min 30 szt | | |  | |
| 6 | **SpO2**  Monitorowanie SpO2 w zakresie 0-100%.  Technologia eliminacji artefaktów o skuteczności potwierdzonej badaniami klinicznymi: Masimo lub FAST  Zakres pomiarowy tętna min. 40-300 /min.  Wyświetlanie indeksu perfuzji oraz krzywej pletyzmograficznej.  Możliwość stosowania z czujnikami różnych producentów (co najmniej Nellcor i Masimo) bez konieczności wymiany oprogramowania czy modułów pomiarowych.  W zestawie wielorazowy czujnik typu opaska (np. na stopę noworodka) nie zawierający lateksu ani elementów mechanicznych (śrub, sprężyn itp.), z możliwością zanurzania w płynach dezynfekcyjnych min 1 szt lub zestaw czujników jednorazowych dla noworodków min 20 szt | | |  | |
| 7 | **NIBP**  Pomiar nieinwazyjny ciśnienia (NIBP)  Zakres pomiarowy min. 10-200 mmHg  Tryby pomiaru: ręczny, automatyczny, ciągły  Możliwość programowania odstępu między pomiarami w trybie automatycznym w zakresie min od 1 do 120 minut.  W komplecie min 5 mankietów wielorazowych lub min 50 szt mankietów jednorazowych w różnych rozmiarach dla noworodków | | |  | |
| 8 | **IBP**  Inwazyjny pomiar ciśnienia - możliwość pomiaru różnych ciśnień, w tym OCŻ, ABP.  Zakres pomiarowy min. od -40 do +340 mmHg  W wyposażeniu:  - wielorazowy przewód do przetworników min 1 szt | | |  | |
| 9 | **Temperatura**  Monitorowanie temperatury w zakresie min 0-45˚C  Możliwość pomiaru powierzchniowego lub głębokiego.  W komplecie:  - czujnik wielorazowy na skórę min 1 szt lub czujniki jednorazowe min 10 szt.  - czujnik wielorazowy na wewnętrzny min 1 szt lub czujniki jednorazowe min 10 szt. | | |  | |
| 10 | **Kapnografia**  Monitorowanie stężenia CO2 w drogach oddechowych  Możliwość pomiaru o pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych  Zakres pomiaru CO2 min 0-100 mmHg  Zakres pomiaru respiracji min 0-150 odd/min  Czas nagrzewania systemu do uzyskania pełnej dokładności max 5 minut | | |  | |
| 11 | Pełna polska wersja językowa (dotyczy oprogramowania, opisów elementów sterujących, komunikatów ekranowych i menu). | | |  | |
| 12 | Zgodność urządzenia z normą EN1789 | | |  | |
| 13 | Niska waga ułatwiająca transportowanie – poniżej 2 kg | | |  | |
| 14 | Wbudowany uchwyt do przenoszenia. | | |  | |
| 15 | Zabezpieczenie obudowy min IP22, wysoka odporność na upadki (min 0,75 m), wstrząsy, wibracje i uderzenia – spełnienie co najmniej norm EN60068-2-6, EN60068-2-27, EN60068-2-29 i EN60068-2-64 potwierdzone w materiałach producenta. | | |  | |
| 16 | Uchwyt zapewniający bezpieczne zamocowanie monitora | | |  | |
| 17 | Zasilanie sieciowe oraz awaryjne akumulatorowe z automatycznym ładowaniem | | |  | |
| 18 | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min 2 godziny ciągłego monitorowania.  Przewidywany czas do rozładowania wyświetlany w sposób ciągły na ekranie. | | |  | |
| 19 | Łatwo wymienialny (bez użycia narzędzi) akumulator litowo-jonowy lub polimerowy pozwalający na wymianę przy zasilaniu zewnętrznym bez konieczności przerywania monitorowania | | |  | |
| 20 | Czas ładowania akumulatora poniżej 5 godzin | | |  | |
| 21 | Co najmniej 3 stopniowy hierarchiczny system alarmów - alarmy dźwiękowe i wizualne wszystkich monitorowanych parametrów z możliwością wyciszenia i zmian granic alarmowych dla każdego parametru.  Możliwość wyciszania (zawieszania) alarmów na określony czas oraz na stałe. | | |  | |
| 22 | Wyświetlanie jednocześnie wartości liczbowych i min 3 krzywych dynamicznych na wbudowanym ekranie LCD TFT o przekątnej min 3,5’’ | | |  | |
| 23 | Różne układy danych na ekranie z możliwością zmiany przez użytkownika bez konieczności wyłączania urządzenia lub utraty danych. | | |  | |
| 24 | Obsługa za pomocą ekranu dotykowego.  Możliwość zablokowania reakcji ekranu na dotyk na czas transportu z pacjentem. | | |  | |
| 25 | Fabrycznie zaprogramowane profile ustawień dla pacjentów dorosłych, dzieci i noworodków. | | |  | |
| 26 | Automatyczny zapis danych pacjenta w pamięci urządzenia – pamięć min 24 godzin trendów i wyników pomiarów. | | |  | |
| 27 | Uchwyt mocujący na platformie inkubatora | | |  | |
| 28 | Sprzęt gotowy do użytku bez dodatkowych inwestycji i zakupów ze strony Zamawiającego. | | |  | |
| 29 | Wyposażenie we wszelkie materiały potrzebne do uruchomienia urządzenia. | | |  | |
| 30 | Szkolenie w siedzibie użytkownika w zakresie obsługi monitora. | | |  | |

**UWAGA:**

Oferta może otrzymać w kryterium „parametry techniczne” **maksymalnie 60 punktów**.

Podane wartości stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie (brak żądanej opcji) spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i skutkować będzie odrzuceniem oferty.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wykonawca winien przewidzieć, że użytkownik będzie stosował typowe, znormalizowane materiały eksploatacyjne.

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

podpis osoby umocowanej do

reprezentowania Wykonawcy