**Załącznik nr 1 do SIWZ**

Pieczęć Wykonawcy

**OFERTA**

Składając ofertę w postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego **„Zakup karetki dla zespołu ratownictwa medycznego stacjonującego w Szydłowcu, ul. Staszica 4”** oferujemy wykonanie niniejszego zamówienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w SIWZ, na warunkach określonych w istotnych postanowieniach umowy za łączną kwotę:

............................................................................... zł brutto

słownie złotych:……………………………………………………………………………………..

.......................................................................................................………………………… brutto

Cena zawiera podatek VAT, w kwocie .............................................zł.

**Udzielamy …………….. miesięcy gwarancji na przedmiot zamówienia.**

**Oświadczam, że jestem/nie jestem małym /średnim przedsiębiorcą**

Wykonawca informuje, że *(właściwe zakreślić)*:

* wybór oferty **nie  będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego
* wybór oferty **będzie** prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących *towarów/ usług (w zależności od przedmiotu zamówienia)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Wartość *towaru/ usług* *(w zależności od przedmiotu zamówienia)* powodująca obowiązek podatkowy   
  u Zamawiającego to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł netto \***.**

*\* dotyczy Wykonawców*, *których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług,*

*importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

* 1. Oświadczamy, że:
  2. Dostawę zrealizujemy do dnia ………………….. się (Zamawiający wyznacza termin realizacji zamówienia: maksymalnie do   
     30.10.2020 r.)
  3. Gwarancja na pojazd wynosi ……………………….. miesiące/miesięcy bez limitu kilometrów.
  4. Gwarancja na perforację nadwozia ambulansu wynosi ………………….. miesiące/miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru.
  5. Oferowany przez nas ambulans medyczny spełnia następujące parametry techniczne (dot. parametrów nie wymaganych, dodatkowo ocenianych):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry dodatkowo oceniane** | **Oświadczenie wykonawcy** |
| 1. | Długość przedziału medycznego  Mierzona zgodnie z normą PN-EN 1789+A1:2011 i PN EN 1865  pkt. 18 Formularza Techniczno-Ofertowego | …………………… m |
| 2. | Turbodiesel - pojemność  pkt. 2 Formularza Techniczno-Ofertowego | …………….…. cm3 |

* 1. akceptujemy warunki płatności;
  2. zapoznaliśmy się z warunkami podanymi przez Zamawiającego   
     w SIWZ i załączonej dokumentacji i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń,
  3. uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia.
  4. akceptujemy istotne postanowienia umowy oraz termin realizacji przedmiotu zamówienia podany przez Zamawiającego,
  5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
  6. podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:

1. ………………………………………………………
2. ………………………………………………………
3. ………………………………………………………
   1. Nazwy i adresy podwykonawców………………………
4. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane   
   w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu pn. „**Zakup karetki dla zespołu ratownictwa medycznego stacjonującego w Szydłowcu, ul. Staszica 4**”
5. W przypadku udzielenia nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Oferta została złożona na …………………….. stronach.
7. Do oferty dołączono następujące dokumenty:

* ……………………………………………
* ……………………………………………

Nazwa i adres **WYKONAWCY**:

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

NIP .......................................................

REGON ................................................

Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję:

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

Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym:

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

numer telefonu: (\*\*)

Numer faksu: (\*\*)

e-mail ................................................................................................

............................, dn. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ r. ...............................................

*Podpis osób uprawnionych do składania świadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki*

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

Pieczęć Wykonawcy

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU   
W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup karetki dla zespołu ratownictwa medycznego stacjonującego w Szydłowcu, ul. Staszica 4”** prowadzonym przez Powiat Szydłowiecki oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  Rozdziale 4 ust. 4.2.2. i 4.2.3.

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

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału   
w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale 4 ust. 4.2.2.   
i 4.2.3. polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………

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

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

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

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

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

*(podpis)*

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

Pieczęć Wykonawcy

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Zakup karetki dla zespołu ratownictwa medycznego stacjonującego w Szydłowcu, ul. Staszica 4”** prowadzonym przez Powiat Szydłowiecki oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust. 5 pkt. 1-8 ustawy Pzp.

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

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia   
z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że   
w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

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

*(podpis)*

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

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

…………………………………………………………………………………….

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania   
o udzielenie zamówienia.

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

*(podpis)*

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

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…………. *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania   
o udzielenie zamówienia.

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

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

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

*(podpis)*

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

My niżej podpisani:

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

działając w imieniu i na rzecz:

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

ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Zakup karetki dla zespołu ratownictwa medycznego stacjonującego w Szydłowcu, ul. Staszica 4”** prowadzonym przez Powiat Szydłowiecki oświadczam, co następuje:

* oświadczamy, że **nie należymy** do grupy kapitałowej, o której mowa   
  w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo Zamówień Publicznych tj.   
  w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji   
  i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)**\***
* oświadczamy, że **należymy** do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, tj.   
  w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji   
  i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)**\***co podmioty wymienione poniżej (należy podać nazwy i adresy siedzib)\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (firma)** | **Adres siedziby** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

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

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

Wykaz wykonanych lub wykonywanych dostaw w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- w tym okresie polegających na dostawie   
jednego ambulansu medycznego o łącznej wartości 300 000,00 zł (słownie: trzysta tysięcy 00/100) brutto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ilość ambulansów | Wartość zamówienia | Data wykonania | Odbiorca |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

UWAGA: do wykazu należy dołączyć dokumenty potwierdzające, iż dostawy wskazane w wykazie zostały należycie wykonane. W przypadku, gdy Zamawiający jest podmiotem, na rzecz którego dostawy wskazane w wykazie dostaw zostały wcześniej wykonane, Wykonawca nie ma obowiązku przedkładania dowodów potwierdzających, czy dostawy te zostały wykonane należycie.

…..…………………………………………………………….

(upoważniony przedstawiciel Wykonawcy)

**Załącznik Nr 7 do SIWZ**

**……………………….**pieczątka Oferenta

**FORMULARZ TECHNICZNO- OFRTOWY  
zestawienie granicznych parametrów techniczno- użytkowych   
ambulansu ratunkowego  
(warunki konieczne do spełnienia)**

**Przedmiot zamówienia:** dostarczenie fabrycznie nowego - rok produkcji 2020 ambulansu ratunkowego typu B o parametrach technicznych zgodnych z treścią SWIZ (zał. Nr 7 do SWIZ) dla potrzeb Samodzielnego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Szydłowcu.

Zamawiający zastrzega sobie prawo montażu w ambulansie systemu wspomagania dowodzenia, składającego się z modułu GPS.

Oferowany ambulans musi posiadać świadectwo homologacji na kompletny samochód, jako ambulans sanitarny. Ambulans należy dostarczyć do Samodzielnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szydłowcu. Dział Transportu- ul. Staszica 4.

Zamawiający wyraża zgodę aby pojazd przyjechał na własnych kołach.

Oferowany ambulans musi spełniać warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenie (Dz. U. z 2003r. Nr 32 poz. 262 z późn. zm.) musi spełniać wymagania ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.).

Oferowany ambulans wraz ze sprzętem medycznym musi spełniać wymagania norm PN EN 1789+ A1:2011 ( co w zakresie pojazdu B) i PN EN 1865.

Pojazd ma być fabrycznie nowy- rok prod. 2020

**Marka i model oferowanego pojazdu: …………………………………………………**

**Producent pojazdu bazowego: …………………………………………………………….**

**Rok produkcji: 2020: (podać): ……………………………………………………………**

**Marka i ty oferowanego pojazdu sanitarnego: ……………………………………**

**Producent pojazdu skompletowanego: ………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania dla samochodu bazowego i przedziału medycznego** | **Spełniane warunki TAK/NIE** | **Opis spełnienia (dokładnie podać markę, model, oferowane urządzenie)** | |
| **Rok produkcji- 2020 fabrycznie nowy ( potwierdzić) ……………………………………………..** | | | | |
| **1.** | **OGÓLNE DANE POJAZDU** |  | |  |
|  | Minimalny okres gwarancji 24 miesiące bez limitu kilometrów. |  | |  |
|  | Gwarancja min. 60- mcy od daty podpisania protokołu odbioru na perforację nadwozia ambulansu. |  | |  |
|  | Typ „furgon” o dopuszczalnej masie całkowitej do 3,5 t częściowo przeszklony. |  | |  |
|  | Drzwi boczne lewe przesuwane. |  | |  |
|  | Drzwi tylne wysokie, przeszklone, otwierane na boki, kąt otwarcia min. 270 stopni, z systemu blokowania przy otwieraniu (podać kąt otwarcia drzwi). |  | |  |
|  | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z otwieranym oknem, ze stopniem stałym wewnętrznym lub ze stopniem automatycznie wysuwanym/wsuwanym przy otwarciu/ zamykaniu drzwi lub wysuwane manualnie. |  | |  |
|  | Kabina kierowcy dwuosobowa. |  | |  |
|  | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody na podłodze. |  | |  |
|  | Stopień tylny antypoślizgowy stanowiący zderzak tylny ochronny. |  | |  |
|  | Kolor nadwoziażółty zgodnie z PN EN 1789.  (RAL 1016). |  | |  |
|  | Centralny zamek wszystkich drzwi (łącznie z drzwiami zewnętrznego schowka) sterowany pilotem. |  | |  |
|  | Autoalarm. |  | |  |
|  | Immobilizer. |  | |  |
|  | Fabryczny zbiornik paliwa o pojemności min 80 litrów. (Podać pojemność zbiornika). |  | |  |
|  | Wizualna lub dźwiękowa sygnalizacja niedomkniętych drzwi w kabinie kierowcy. |  | |  |
|  | Fotel kierowcy z regulacją oparcia oraz z podłokietnikiem. |  | |  |
|  | Elektryczne podnoszone szyby w kabinie kierowcy. |  | |  |
|  | Elektrycznie sterowane i podgrzewane lusterka boczne. |  | |  |
|  | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów. |  | |  |
|  | Przednie i boczne poduszki powietrzne kierowcy i pasażera. |  | |  |
|  | Radioodtwarzacz. |  | |  |
|  | Reflektory przeciwmgłowe przednie. |  | |  |
|  | Trójkąt ostrzegawczy szt. 2, gaśnica, podnośnik, klucz do kół. |  | |  |
|  | Fabryczna klimatyzacja kabinowa kierowcy. |  | |  |
|  | Minimum dwa fabryczne gniazda 12V w kabinie kierowcy. |  | |  |
| **2.** | **SILNIK I NAPĘD** |  | |  |
|  | Trubodiesel– podać pojemność. PARAMETR PUNKTOWY | - 2100 cm3- 0 pkt;  - powyżej 2100 cm3- 10 pkt; | |  |
|  | Spełniający wymagania normy Euro 6 lub Euro VI. |  | |  |
|  | Moc silnika min. 110 KW (podać moc) oraz moment obrotowy (podać). Moment obrotowy min. 380 Nm. |  | |  |
|  | Skrzynia biegów manualna synchronizowana min. 6 położeń (podać ilość biegów), (min 5 przód i 1 tył). |  | |  |
|  | Napęd na jedną oś ( przednią lub tylną- podać). |  | |  |
|  | System zapobiegający poślizgowi kół napędowych podczas ruszania (podać typ). |  | |  |
| **3.** | **UKŁAD HAMULCOWY** |  | |  |
|  | Z systemu zapobiegania blokadzie kół podczas hamowania (podać typ). |  | |  |
|  | Wspomaganie układu hamulcowego. |  | |  |
|  | System wspomagania nagłego hamowania. |  | |  |
|  | System rozdziału siły hamowania. |  | |  |
|  | System stabilizacji toru jazdy ( podać jaki). |  | |  |
|  | Hamulce tarczowe na obu osiach. |  | |  |
|  | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górkę”. |  | |  |
| **4.** | **UKŁAD KIEROWNICZY** |  | |  |
|  | Ze wspomaganiem. |  | |  |
|  | Regulowana kolumna kierownicza. |  | |  |
| **5.** | **ZAWIESZENIE** |  | |  |
|  | Zawieszenie zapewniające bezpieczną jazdę. |  | |  |
|  | Zawieszenie zapewniające przyczepność kół do podłoża, oraz komfort transportu chorego. |  | |  |
| **6.** | **KOŁA i OGUMIENIE** |  | |  |
|  | Rozmiar felg min. 16 cali. |  | |  |
|  | Dodatkowy kpl kół z ogumieniem zimowym (Radialne) wzmocnione. |  | |  |
| **7.** | **NADWOZIE** |  | |  |
|  | Minimalny okres gwarancji na zabudowę- 24 miesiące. |  | |  |
|  | Przystosowany do przewozu min. 4 osób personelu medycznego wraz z kierowcą w pozycji siedzącej oraz 1 osoby w pozycji leżącej na noszach (podać ilość osób). |  | |  |
|  | Zewnętrzny schowek ( tj. podświetlony, odizolowany od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu)  o wymiarach umożliwiających montaż w nim co najmniej dwóch butli tlenowych o poj. 10 l z reduktorami tlenowymi, krzesełka kardiologicznego, deski ortopedycznej dla dorosłych, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz dwóch kasków zapewniony dostęp do min. 1 szt. Plecaków/toreb medycznych umieszczonych w przedziale medycznym (tzw. Podwójny dostęp do plecaków/toreb- z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu). |  | |  |
|  | Okna w kabinie sanitarnej pokryte w 2/3 wysokości folią półprzeźroczystą. |  | |  |
|  | Izolacja termiczna i akustyczna ścian. |  | |  |
| **8.** | **OGRZEWANIE I WENTYLACJA PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  | |  |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik. |  | |  |
|  | Ogrzewanie postojowe przedziału medycznego- grzejnik elektryczny zasilany z sieci 230V z termostatem o mocy min. 1,8 kW (podać markę i model oraz moc oferowanego urządzenia). |  | |  |
|  | Niezależny od pracy silnika system ogrzewania o mocy min. 5,0 kW- umożliwiający dodatkowo ogrzewanie kabiny kierowcy  i ogrzewanie silnika do właściwej temperatury pracy przed uruchomieniem pojazdu. |  | |  |
|  | Mechaniczna wentylacja nawiewno- wywiewna zapewniająca min. 20-krotną wymianę powietrza na godzinę (podać wydajność w m3/godzinę). |  | |  |
|  | Dwuparownikowa klimatyzacja przedziału medycznego  i kabiny kierowcy, z niezależną regulacją siły nawiewu zimnego powietrza dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego |  | |  |
| **9.** | **INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  | |  |
|  | Wzmocniony alternator o mocy min. 185 Ah (podać moc  w Ah). |  | |  |
|  | Dwa akumulatory. Pojemność jednego akumulatora min. 80 Ah- jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału medycznego-połączone tak, aby były doładowywane zarówno  z alternatora w czasie pracy silnika jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania z sieci 230V- widoczna dla kierowcy sygnalizacja stanu naładowania akumulatorów, z ostrzeganiem  o nie doładowaniu któregokolwiek (podać łączną pojemność akumulatorów). |  | |  |
|  | Zasilanie zewn. 230V z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym różnicowo-prądowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu zewnętrznym. Układ automatycznej ładowarki sterowanej procesorem zapewniający zasilanie instalacji 12V oraz skuteczne ładowanie obu akumulatorów z automatycznym zabezpieczeniem przed awarią oraz przeładowaniem akumulatorów- widoczna sygnalizacja właściwego działania prostownika ładującego akumulatory podczas postoju. |  | |  |
|  | Minimum 2 gniazda 230V w przedziale medycznym  z bezpiecznikami zabezpieczającymi. |  | |  |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w panel sterujący:   * informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych * informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230V * 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 pneumatycznych |  | |  |
|  | Gniazda zasilające 12V (min. 4) w przedziale medycznym, do podłączenia urządzeń medycznych, zabezpieczone przed zabrudzeniem, wyposażone we wtyki (podać ilość gniazd 12V). |  | |  |
|  | Przewód zasilania zewnętrznego min 10 m (podać długość). |  | |  |
|  | Przetwornica 12/230V o mocy min. 1000W umożliwiająca korzystani z gniazda 230V bez podłączenia pojazdu do sieci zewnętrznej |  | |  |
| **10.** | **OZNAKOWANIE POJAZDU** |  | |  |
|  | Belka świetlna typu LED zamontowana w przedniej części pojazdu. |  | |  |
|  | Min. 2 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej- lampy typu LED. |  | |  |
|  | Lampa tylna typu LED w kolorze niebieskim zamontowane  w tylnej części dachu. |  | |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min 100 Wat  z możliwością podawania komunikatów głosem, zgodny  z obowiązującymi przepisami. |  | |  |
|  | Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu. |  | |  |
|  | Dodatkowe lampy obrysowe zamontowane w tylnych, górnych częściach podwozia. |  | |  |
|  | Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas barwy czerwonej pod niebieskim. |  | |  |
|  | Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu. |  | |  |
|  | Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie  z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010r. |  | |  |
|  | Pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia  z dnia 18.10.2010r.   1. pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli, 2. pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, o szer. min. 15 cm, umieszczony wokół dachu, 3. pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym  ( o którym mowa w pkt. „a”), 4. na drzwiach kierowcy i pasażera naklejony napis: Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Szydłowcu. 5. Po obu bokach i z tyłu nadruk barwy czerwonej „P”, 6. Dodatkowy napis z trzech stron pojazdu informujący  o finansowaniu zakupu karetki (naklejki), (treść do uzgodnienia). |  | |  |
| **11.** | **OŚWIETLENIE PRZEDZIAŁU MEDCZYCZNEGO** |  | |  |
|  | Światło rozproszone, umieszczone po obu stronach górnej części przedziału medycznego. |  | |  |
|  | Oświetlenie punktowe (regulowane, punkty świetlne nad noszami w suficie). |  | |  |
|  | Włączenie/wyłączenie oświetlenia (jednej lampy) po otwarciu/zamknięciu drzwi przedziału medycznego. |  | |  |
|  | Dodatkowe oświetlenie punktowe zainstalowane nad blatem roboczym. |  | |  |
|  | Oświetlenie nocne LED- transportowe z oddzielnym włącznikiem. |  | |  |
| **12.** | **WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |  | |  |
|  | Na ścianach bocznych zestaw szafek i półek wykonanych  z tworzywa sztucznego, zabezpieczonych przez niekontrolowany wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów (w zabudowie meblowej należy uwzględnić zamykany na zamek szyfrowy schowek oraz szafkę z wyjmowanymi przezroczystymi pojemnikami), zamykane i podświetlone półki górne na prawej  i lewej ścianie, zamykane przezroczystymi drzwiczkami. Nie dopuszcza się montowania szufladek w górnych ciągu szafek. |  | |  |
|  | Ampularium w formie szafki zamontowane przedziału medycznego w pobliżu blatu roboczego. |  | |  |
|  | Na ścianie działowej: szafki z blatem roboczym wykończonym blachą nierdzewną min. 2 chwyty do kroplówek mocowane  w suficie (podać na ile sztuk). |  | |  |
|  | Zabezpieczenia urządzeń oraz elementów wyposażenia przed przemieszczaniem w czasie jazdy gwarantujące jednocześnie łatwość dostępu i użycia. |  | |  |
|  | Podstawa noszy głównych z przesuwem bocznym, z wysuwem na zewnątrz umożliwiającym łatwe wprowadzenie noszy oraz  z możliwością przechyłu do pozycji Trendelenburga  i Antrendelenburga ( o min. 10 stopni) w trakcie jazdy ambulansu (podać markę i model podstawy). Nie dopuszcza się sterowania elektrycznego z uwagi na możliwość usterki związane z brakiem zasilania. |  | |  |
|  | Regulacja wysokości podstawy po wysunięciu- możliwość płynnego wyregulowania wysokości płyty najazdowej podstawy do wysokości najazdowej kółek transportera noszy. |  | |  |
|  | Na ścianie lewej- szyny wraz z trzeba panelami do mocowania uchwytów dla następującego sprzętu medycznego: defibrylator, respirator, pompa infuzyjna. Panele mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego.  Uwaga: Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. |  | |  |
|  | Panel sterujący:  - informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu,  - z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data),  - informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu,  - sterujący oświetleniem przedziału medycznego,  - sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego,  - zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego  i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury. |  | |  |
| **13.** | **CENTRALNA INSTALACJA TLENOWA** |  | |  |
|  | Min. 2 punkty poboru typu AGA na ścianie lewej- gniazdo  o budowie monoblokowej panelowej. |  | |  |
|  | Punkt poboru na suficie typu AGA z wtykiem do podłączeń zewnętrznych. |  | |  |
|  | Miejsce z uchwytem za zamocowanie butli tlenowej 2,7L. |  | |  |
|  | 2 szt. Reduktorów tlenowych do butli 10L (konstrukcja reduktora umożliwia montaż i demontaż bez konieczności używania kluczy. Instalacja tlenowa umożliwia zasilanie paneli tlenowych z obu butli jednocześnie lub po wypięciu jednej butli z instalacji. |  | |  |
| **14.** | **OŚWIETLENIE SPECJALNE** |  | |  |
|  | Reflektory zewnętrzne LED z trzech stron pojazdu ( tył i boki) ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, po 2  z każdej strony z możliwością włączania/wyłączania zarówno  z kabiny kierowcy jak i przedziału medycznego. |  | |  |
| **15.** | **SYGNAIZACJA DŹWIĘKOWA** |  | |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany. |  | |  |
|  | Sygnały pneumatyczne przeznaczone do pracy ciągłej (podać markę i model) |  | |  |
| **16.** | **ŁĄCZNOŚĆ RADIOWA** |  | |  |
|  | Kabina kierowcy wyposażona w telefon przewoźny. Urządzenie musi być kompatybilne z używanymi przez Zamawiającego radiotelefonu Motorola DM 4601 VHF i DM 3601VHF. |  | |  |
|  | Wprowadzenie instalacji do podłączenia radiotelefonu. |  | |  |
|  | 1. Wmontowana dachowa antena do podłączenia radiotelefonu  o parametrach:   - zakres częstotliwości 168-170 MHz,  -impedancja wejścia 50 Ohm  - polaryzacja pionowa,  - współczynnik fali stojącej 1,6,  - charakterystyka promieniowa dookólna  - odporność na działanie wiatru min. 55m/s  2. Wyprowadzenie instalacji elektryczno-antenowej wraz  z adapterami do zamocowania stacji dokującej oraz uchwytu do drukarki pod system SWD PRM.  Aparat do zamocowania stacji dokującej i stacja dokująca z zasilaczem po stronie Wykonawcy, natomiast tablet po stronie Zamawiającego.  Po zamontowaniu stacji dokującej odpowiednia czytelność i obsługa tabletu przez kierowcę jak i osobę siedzącą na miejscu pasażera w miejscu łatwo dostępnym, nieutrudniającym korzystania z przełączników zamontowanych na desce rozdzielczej, nieutrudniającym widoczności kierowcy przez szybę przednią, nie kolidującym z poduszkami powietrznymi.  W przedziale medycznym nad blatem roboczym na ścianie działowej, zamontowana podstawa pod drukarkę wraz  z uchwytem oraz zasilaczem (podstawa, zasilacz, uchwyt drukarki po stronie Wykonawcy, natomiast drukarka, po stronie Zamawiającego).  Dodatkowa antena dachowa dwukakresowa GPS/GSM (do tabletu)zakończona wtykami kątowymi SMA zlokalizowanymi przy stacji dokującej (podłączona do stacji).  Dodatkowa antena dachowa dwuzakresowa GPS/GSM (do modułu FM 3000) zakończona wtykami prostymi GPS MCX oraz GSM SMA zlokalizowanymi w miejscu montażu modułu teltoniki.    Przygotowanie instalacji pozwalającej na łatwe wpinanie/ wypinanie modułu teltonika (instalacja elektryczno-antenowa) Moduł teltoniki dostarcza Wykonawca.  Wyprowadzony przewód USB, który ma połączyć stację dokującą z drukarką.  Dodatkowo gniazdo 12V do drukarki na ścianie działowej. |  | |  |
| **17.** | **WYPOSAŻENIE POJAZDU gwarancja minimum 24 miesiące** |  | |  |
|  | Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki. |  | |  |
|  | Urządzenie do wybijania szyb. |  | |  |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym. |  | |  |
|  | Dodatkowy kosz na śmieci min. 1 szt. |  | |  |
|  | Interkom umożliwiający komunikację pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. |  | |  |
|  | Nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa. |  | |  |
|  | Lampa typu szperacz z możliwością ładowania w kabinie kierowcy. |  | |  |
|  | Lampka typu kokpit zamontowana w kabinie kierowcy po stronie pasażera. |  | |  |
| **18.** | **PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  | |  |
|  | Długość przedziału – PARAMETR PUNKTOWY | 3,00 m - 0 pkt  powyżej 3,00 m - 10 pkt | |  |
|  | Szerokość przedziału medycznego min 170 cm. (podać szerokość przedziału medycznego w cm). |  | |  |
|  | Wysokość przedziału medycznego min. 182 cm. ( podać wysokość przedziału medycznego w cm.). |  | |  |
|  | Jedno obrotowe miejsca siedzące na prawej ścianie wyposażone w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki, ze składanymi do pionu siedziskami i regulowanym kątem oparcia fotela klasy M1. Fotel u wezgłowia noszy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy, obrotowy ze składanym do pionu siedziskiem z pasem trzypunktowym bezwładnościowym. |  | |  |
|  | Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie ruchomej podstawy pod nosze główne. |  | |  |
|  | Podłoga o powierzchni przeciwpoślizgowej, łatwo zmywalnej, połączonej szczelnie z zabudową ścian. |  | |  |
|  | Ściany boczne, sufit pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalne, w kolorze białym. |  | |  |
|  | Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą z możliwością przejścia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy a równocześnie zapewniającą możliwość oddzielenia obu przedziałów (przegroda z drzwiami). |  | |  |
|  | Drzwi przesuwane manualne, spełniające normę PN EN 1789. |  | |  |
|  | Ogrzewacz płynów infuzyjnych ze wskaźnikiem temperatury wewnątrz urządzenia o pojemności min 3 litry  z termoregulatorem zabezpieczającym płyny przed przegrzaniem- tzw. termobox |  | |  |
|  | Uchwyty ścienne i sufitowe dla personelu. |  | |  |
|  | Załączyć świadectwo homologacji na pojazd skompletowany jako – M1 oraz Certyfikat Zgodności z normą PN EN 1789 wystawiony przez Niezależną Jednostkę Notyfikującą (bez załączników). |  | |  |
| **SPRZĘT MEDYCZNY okres gwarancji 24 miesiące** | | | | |
| **1.** | **NOSZE GŁÓWNE- z transporterem** |  | |  |
|  | Zamawiający dostarczy nosze główne z transporterem i elementem zakotwiczenia noszy-Stryker M1 6100 |  | |  |
|  | Po stronie dostawcy będzie zamontowanie dostarczonych noszy do podstawy (lawety). |  | |  |
|  | Mocowanie transportera do lawety ambulansu zgodnie z wymogami PN EN 1789. Poświadczone odpowiednim dokumentem wystawionym przez niezależną badawczą jednostkę notyfikowaną zgodnie z uprawnieniami wg dyrektywy medycznej 93/42/EEC-dostarczyć przy dostawie. |  | |  |
| **2.** | **KSESEŁKO KARDIOLOGICZNE** |  | |  |
|  | Dostawca przystosuje miejsce do zamocowania krzesła kardiologicznego (transportowego) typ MEBER model 658/Y. |  | |  |
| **3.** | **NOSZE PODBIERAJĄCE** |  | |  |
|  | Dostawca przygotuje miejsce na zamontowanie w pojeździe noszy podbierających. |  | |  |
| **4.** | **SSAK PRZENOŚNY** |  | |  |
|  | Zamawiający dostarczy wieszak z kablem zasilającym do ssaka. Dostawca zamontuje go w pojeździe. SSAK OB. 1000 |  | |  |
| **5.** | **DESKA ORTOPEDYCZNA** |  | |  |
|  | Dostawca przygotuje miejsce na zamontowanie w pojeździe deski ortopedycznej |  | |  |
| **6.** | **DEFIBRYLATOR** |  | |  |
|  | Zamawiający dostarczy wieszak (uchwyt) do Lifepak 12 a Dostawca zamontuje go w pojeździe. |  | |  |
|  | Dostawca dostarczy i zamontuje w przedziale medycznym pojazdu urządzenie do szybkiego ładowania akumulatorów zasilających Lifepak 12-tzw. MBSS.  Urządzenie musi obsługiwać następujące typy akumulatorów: litowo- jonowe. |  | |  |
|  | Dostawca dostarczy 3 szt. akumulatorów litowo- jonowych o pojemności 4,8 Ah, 12 V. |  | |  |
| **8.** | **APARAT DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** |  | |  |
|  | Nazwa, typ, model, kraj pochodzenia. |  | |  |
|  | Certyfikat- deklaracja CE lub certyfikat wydany przez inne równoważne jednostki oceniające zgodność . |  | |  |
|  | Cykl pracy: 50% kompresja/50% dekompresja. |  | |  |
|  | Częstość kompresji zawarta w zakresie od 80 do 110 uciśnięć na minutę osiągalna w przedziale temperatur (+15 ºC do + 35ºC). |  | |  |
|  | Wyposażenie aparatu:  - torba lub plecak  - deska pod plecy  - podkładka stabilizująca pod głowę  - pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia  - akumulator  - ładowarka do akumulatora (dodatkowa lub w urządzeniu)  - elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 3 szt.). |  | |  |
|  | Moduł Bluetooth  Działanie urządzenia w pełni elektryczne  Siła kompresji min 530 a 600 N  Głębokość kompresji: min. od 5 do 6 cm. |  | |  |

**Uwaga: niespełnienie jakiegokolwiek z w/w parametrów będzie skutkować odrzuceniem oferty.**

………………………….  
 Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

OŚWIADCZENIE DOSTAWCY POJAZDU

Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na zamontowanie przez Zamawiającego w pojeździe marki ………………….…………………….. typ ………………………. urządzeń GPS.

Ponadto oświadczamy, że zamontowanie urządzeń nie spowoduje utraty gwarancji.

………………………..

podpis Dostawcy

**Załącznik nr 9 do SIWZ**

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu Wykonawcy .......................................................................... niniejszym oświadczamy, iż wraz z dostawą przedmiotu zamówienia określonego w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę ambulansu medycznego dostarczymy świadectwo homologacji typu WE lub świadectwo homologacji typu WE pojazdu (samochód bazowy wraz z zabudową medyczną), wydane zgodnie z Rozporządzeniem 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 dostarczonego ambulansu (dalej jako „świadectwo”). Jednocześnie oświadczamy, iż dostarczone świadectwo będzie pozwalało na dokonanie rejestracji pojazdu i ewidencji pojazdu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W imieniu Wykonawcy:………………………………………………………………………….