***załącznik nr 3 do siwz***

**……………..**

**pieczęć Wykonawcy**

**PRZEDMIOT ZAMÓWEIENIA –**

***Zakup i dostawa ambulansu sanitarnego typ C wraz z wyposażeniem***

1. Zamawiający wymaga, aby oferowany ambulans był fabrycznie nowy, nie eksploatowany, wyprodukowany w 2016 roku, kompletny, wolny od wad konstrukcyjnych, materiałowych i wykonawczych, zgodnie z wymaganymi parametrami podanymi w tabelach poniżej.
2. Termin dostawy: **do dnia 20 lipca 2016 r**.
3. Marka, typ, rok produkcji, nazwa handlowa pojazdu kompletnego przed wykonaniem zabudowy (wynikająca i potwierdzona w świadectwie homologacji):
4. Marka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nazwa handlowa pojazdu kompletnego przed wykonaniem zabudowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Marka, typ, nazwa handlowa pojazdu skompletowanego czyli po wykonaniu zabudowy (wynikająca i potwierdzona w świadectwie homologacji):
9. Marka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Typ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Nazwa handlowa pojazdu kompletnego przed wykonaniem zabudowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Ambulans ma spełniać wymagania określone w polskiej normie PN-EN 17 89 (*lub normy równoważnej*) w zakresie ambulansu typ C oraz zgodności wyposażenia medycznego z normą PN EN 1865 (lub równoważną, w tym europejską) w zakresie odpowiednim do przedmiotu prowadzonego postępowania.

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - wymagane warunki techniczne dla ambulansu sanitarnego typu „C” oraz wyposażenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagane warunki dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej i wyposażenia w sprzęt medyczny** | **Oferowane Parametry Techniczne** | **Zgodność parametrów z wymaganymi warunkami (określonymi w kol. 1)**  **TAK / NIE** |
| **1** | 2 | 3 |
| 1. **NADWOZIE** |  |  |
| 1. **Typu   furgon  zamknięty w kolorze białym lub żółtym** (kolor lakieru zgodny z symboliką UE)  o  wymiarach wnętrza przedziału medycznego, charakteryzujący się wymiarami:  * wysokość - min. 185 cm, * długość - min. 310 cm, * szerokość - min. 175 cm,   zapewniające możliwość przewożenia 5 osób (wraz  z  kierowcą), w tym 1 osoby na noszach,   1. Drzwi  tyłu  nadwozia przeszklone, dwuskrzydłowe, otwierające się pod kątem 260O , wyposażone dodatkowo w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł, oraz w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. 2. Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu, ze stopniem zewnętrznym mechanicznie wysuwanym, z oknem będącym jednocześnie wyjściem bezpieczeństwa. 3. Drzwi boczne lewe przesuwne za którymi znajduje się zewnętrzny schowek na deskę ortopedyczną , nosze zbierakowe, krzesełko kardiologiczne, materac próżniowy oraz dwie butle tlenowe 10l. 4. Stopień tylny stanowiący jednocześnie zderzak ochronny, amortyzowany w płaszczyźnie poziomej. 5. Centralny zamek wszystkich drzwi , sterowany pilotem. 6. **Ogrzewanie, wentylacja i klimatyzacja**:    1. ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z sieci 230V o mocy min. 2000 W,    2. niezależne ogrzewanie od silnika przedziału medycznego powietrzne o mocy min. 5kW z możliwością ustawienia temperatury i termostatem,    3. wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna,    4. dwuparownikowa klimatyzacja z niezależną regulacją chłodzenia i siły nawiewu kabiny kierowcy i przedziału medycznego    5. system sterowania przedziału medycznego instalacją elektryczną, sterowanie oświetleniem wewnętrznym, zewnętrznym, klimatyzacją, ogrzewaniem, oraz wentylatorem za pomocą zintegrowanego panelu dotykowego, który posiada świadectwo homologacji WE oraz został przebadany przez jednostkę akredytowaną na kompatybilność elektromagnetyczną zgodnie z Dyrektywą 72/245/EWG    6. Okno dachowe z roletą przeciwsłoneczną i moskitierą,   **8.** **Sygnalizacja świetlno - dźwiękowa i oznakowanie**:   1. belka świetlna wyposażona w modułu LED w kolorze niebieskim zamontowana w przedniej części dachu pojazdu , 2. 2 niebieskie lampy pulsacyjne w technologii LED, zamontowane na wysokości pasa przedniego pojazdu, 3. lampa typ LED w kolorze niebieskim zamontowana w tylnej części dachu pojazdu, 4. sygnały dźwiękowe modulowane o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem (zmiana modulacji klaksonem), 5. lampy pulsacyjne w kolorze żółtym zamontowane w szkielecie drzwi tylnych z cyklem pulsowania jak światła awaryjne po otwarciu drzwi tylnych, 6. pas barwy niebieskiej z folii odblaskowej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, 7. pas barwy czerwonej folii odblaskowej dookoła pojazdu, 8. napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu, 9. standardowe oznaczenie typu karetki i znak RATOWNICTWO MEDYCZNE wykonane z folii odblaskowej umieszczone na bokach i drzwiach tylnych w uzgodnieniu z Zamawiającym, 10. Oznakowanie ambulansu zgodne z aktualnie obowiązującymi przepisami, 11. Oznakowanie ambulansu **KOD PRM i logo** Zamawiającego (szczegóły należy uzgodnić z Zamawiającym przed oklejeniem) |  |  |
| **II. SILINIK** |  |  |
| Wysokoprężny (turbo-diesel) o pojemności min. 2500cm³ z elektronicznym sterowanym wtryskiem bezpośrednim paliwa o mocy minimum 170KM, zapewniający przyśpieszenie pozwalające na sprawną jazdę w ruchu miejskim. |  |  |
| **III. ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |  |  |
| Skrzynia biegów manualna, synchronizowana z napędem na koła przednie lub tylne. |  |  |
| **IV. ZAWIESZENIE** |  |  |
| Zawieszenie powinno charakteryzować się podwyższonym komfortem jazdy, gwarantujące w trudnym terenie dobrą przyczepność kół do nawierzchni jezdni, stabilność i dobrą manewrowość., fabryczne stabilizatory osi przedniej i tylnej |  |  |
| **V. UKŁAD HAMULCOWY, KIEROWNICZY I KOŁA** |  |  |
| * 1. Hamulce tarczowe obu osi pojazdu, ze wspomaganiem, z układem zapobiegającym blokowaniu kół podczas hamowania oraz elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy.   2. Układ kierowniczy ze wspomaganiem oraz regulowaną kolumną kierownicy   3. Obręcze kół szerokie, opony radialne. |  |  |
| **VI. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |  |  |
| Alternator    zapewniający    odpowiednio   dużą   moc (min. 180A), ładowania zespołu akumulatorów o pojemności wystarczającej do zasilania wszystkich odbiorników nawet przy krótkotrwałym wyłączeniu silnika.  Zespół dwóch akumulatorów do zasilania wszystkich odbiorników prądu, o łącznej pojemności nie mniejszej niż 180 Ah.  Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:   * minimum dwa gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz, * zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V, * wyłącznik przeciwporażeniowy, * układ służący do ładowania akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V. * przewód zasilający zewnętrzny o długości min. 5 m (gniazdo i wtyk o małych gabarytach).   Instalacja dla napięcia 12V i oświetlenie przedziału medycznego:   1. powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V poboru prądu umiejscowione na lewej ścianie, 2. powinna posiadać minimum 6 punktów oświetlenia rozproszonego 3. powinna posiadać minimum 2 punkty oświetlenia halogenowego z regulacją kąta umieszczone nad noszami, 4. bezpieczniki zabezpieczające odbiorniki w przedziale medycznym należy oznakować czytelnie-opis.   Oświetlenie specjalne:   1. przenośny akumulatorowy reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji, 2. szperacz w kabinie kierowcy na elastycznym przewodzie, 3. dwa halogeny po lewej i dwa po prawej stronie pojazdu oraz dwa w tylnej części dachu sterowane zarówno z kabiny kierowcy, jak i z przedziału medycznego. |  |  |
| **VII. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |  |  |
| Wyposażenie powinno być zamontowane w sposób bezpieczny, uniemożliwiający ich uszkodzenie lub zranienie osób poruszających się w pojeździe.  Przedział medyczny oddzielony od przedziału kierowcy ścianą wzmocnioną, izolowaną z drzwiami przesuwnymi z możliwością przejścia.  Jeden fotel obrotowy z regulowanym oparciem,  z zagłówkiem z możliwością złożenia siedziska do oparcia, wyposażony w bezwładnościowe pasy  bezpieczeństwa o trzech punktach kotwiczenia .  Fotel obrotowy przy przegrodzie dzielącej przedział medyczny z przedziałem kierowcy, usytuowany tyłem do kierunku jazdy i wyposażony w zagłówek oraz bezwładnościowy pas bezpieczeństwa o trzech punktach kotwiczenia.  Wzmocniona podłoga umożliwiająca mocowanie noszy głównych, pokryta wykładziną antypoślizgową, łatwozmywalną, połączona szczelnie z pokryciem boków uniemożliwiająca przeciekanie cieczy przy myciu wnętrza pojazdu.  Wzmocniona konstrukcja ścian umożliwiająca montaż wyposażenia medycznego.  Ściany i  sufit pokryte materiałami antystatycznymi, niepalnymi, nietoksycznymi i łatwo zmywalnymi.  Izolacja dźwiękowo-termiczna przedziału medycznego (ściany , sufit, drzwi).  Okna przedziału medycznego zmatowione do 2/3 wysokości.  Centralna instalacja tlenowa:   * z 2 butlami (każda 10 l tlenu), * z reduktorami * minimum 3 gniazda poboru tlenu monoblokowe typu panelowego.   Półki, szafki wykonane z materiału, łatwo zmywalnego, nietoksycznego, bez ostrych krawędzi z bezpiecznym zamknięciem uniemożliwiającym niekontrolowane otwarcie się w czasie jazdy, w tym:   * na ścianach bocznych zestawy szafek (w tym jedna zamykana na klucz) * szafka w narożniku ściany lewej z roletą i miejscem na leki, wyposażona w plastikowe pojemniki ułatwiające przechowywanie leków zamykana na klucz.   Sufitowy uchwyt do płynów infuzyjnych – min. 2 szt. o minimalnym udźwigu  5 kg.  Szyna typu MODURA o długości na ścianie lewej.  Sufitowy uchwyt dla personelu w kształcie elipsy montowany wzdłuż przedziału medycznego  Urządzenie do utrzymywania odpowiedniej temperatury płynów infuzyjnych z termostatem i wskaźnikiem temperatury. |  |  |
| **VIII. LAWETA NOSZY GŁÓWNYCH** |  |  |
| Laweta pod nosze główne z przesuwem bocznym min 30 cm, wysuwem na zewnątrz przedziału medycznego z jednoczesnym pochyłem umożliwiającym łatwe wprowadzenie noszy do ambulansu, z możliwością przechyłu lawety wraz z noszami do pozycji Trendelenburga w trakcie jazdy pojazdu, posiadające oznaczenie zgodności CE waga max 75 kg nośność min 250 kg podać markę i model |  |  |
| **IX. ŚRODKI LĄCZNOŚCI** |  |  |
| * + - * 1. Miejsca do trwałego zamontowania radiotelefonu i możliwość podłączenia anteny zewnętrznej.         2. Antena powinna posiadać:   zakres częstotliwości 168 – 170 MHz;   * impedancję wejścia 50 Ohm; * współczynnik fali stojącej 1,6; * polaryzację pionową; * charakterystykę promieniowania dookólną; * odporność na działanie wiatru 55 m/s.   anteny 1/4 λ .  3. Możliwość dostępu do anteny od wnętrza przedziału medycznego (w suficie przez lampę oświetlenia).  4. Radiotelefon Cyfrowy Motorola DM 4600 lub równoważny . |  |  |
| **X. DODATKOWE WYPOSAŻENIE AMBULANSU** |  |  |
| Dwie gaśnice p.poż (po jednej w przedziale medycznym i kierowcy),  młotek do wybijania szyb i nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa.  Elektrycznie regulowane i podgrzewane lusterka wsteczne,  Poduszka powietrzna dla kierowcy i dla pasażera, boczne poduszki  Przednie światła przeciwmgielne (fabryczne).  Radioodtwarzacz + głośniki. |  |  |
| **XI. SPRZĘT MEDYCZNY** | | |
| **NOSZE GŁÓWNE** | **WSKAZAĆ TYP, MODEL, PRODUCENT:**  **………………………………………………………………………................** |  |
| Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości pod materacem umożliwiającą ustawienie wszystkich dostępnych funkcji; |  |  |
| Z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp. Przystosowanym do mycia i dezynfekcji umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych |  |  |
| Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej |  |  |
| Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 80 stopni |  |  |
| Wysuwany podgłówek mocowany bezpośrednio do ramy noszy umożliwiający transport pacjenta o wzroście przekraczającym długość noszy |  |  |
| Z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy |  |  |
| Wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy i składane poręcze boczne |  |  |
| Półka uniwersalna mocowana bezpośrednio do ramy noszy umożliwiająca przechowywanie oraz transport np. dokumentacji , rzeczy osobistych pacjenta itp. Nośność min. 15 kg |  |  |
| Obciążenie dopuszczalne noszy powyżej 200 kg (podać obciążenie dopuszczalne w kg); |  |  |
| Waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg); |  |  |
| **Do oferty załączyć dokumenty dopuszczające do obrotu o stosowania** |  |  |
| **TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH** | **WSKAZAĆ TYP, MODEL, PRODUCENT:**  **………………………………………………………………………................** |  |
| **Do oferty dołączyć folder wraz z opisem** |  |  |
| Z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu |  |  |
| Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami; |  |  |
| Regulacja wysokości w min. sześciu poziomach, ustawianie wysokości wspomagane sprężynami gazowymi. |  |  |
| Możliwość regulacji długości goleni przednich, w celu uzyskania optymalnej wysokości najazdowej na lawetę. |  |  |
| System automatycznej blokady zestawu na lawecie podczas wyprowadzania transportera w momencie nie rozłożenia się goleni przednich |  |  |
| Możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min 3 poziomach pochylenia); |  |  |
| 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) |  |  |
| Transporter ma umożliwiać prowadzenie bokiem |  |  |
| Funkcja prowadzenia zestawu (nosze z transporterem) bokiem dostępna na min. 2 poziomach wysokości transportera. |  |  |
| Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne rączki, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych. |  |  |
| Obciążenie dopuszczalne transportera powyżej 200 kg (podać dopuszczalne obciążenie w kg); |  |  |
| Waga transportera max. 28 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg); |  |  |
| Transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi; |  |  |
| Gwarancja min. 24 miesiące |  |  |
| Deklaracja zgodności CE - **do oferty należy dołączyć** |  |  |
| Pozytywnie przeprowadzony test dynamiczny 10 G, zgodnie z wymaganiami normy PN EN 1789-załączyć raport wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikowaną |  |  |
| System mocowania transportera na podstawie musi być zgodny z wymogami PN EN 1789 +A1 |  |  |
| **POMPA INFUZYJNA JEDNOTOROWA** | **WSKAZAĆ TYP, MODEL, PRODUCENT:**  **………………………………………………………………………................** |  |
| Zasilanie sieciowo-akumulatorowe |  |  |
| Możliwość montażu w ambulansie |  |  |
| Kabel zasilający 12 V w zestawie |  |  |
| **DEFIBRYLATOR 12-ODPROWADZENIOWY – 2 szt.** | **WSKAZAĆ TYP, MODEL, PRODUCENT:**  **1 szt. ……………………………………………………………………….........**  **2 szt. ……………………………………………………………………….........** |  |
| Okres gwarancji: minimum 12 miesięcy |  |  |
| Zasilanie akumulatorowe, |  |  |
| Minimum dwa gniazda akumulatorów: możliwość wymiany akumulatora bez przerywania pracy urządzenia (na zasilaniu akumulatorowym) |  |  |
| Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy nie większa niż 10 kg |  |  |
| Aparat wyposażony w ekran o przekątnej min. 8,0 cali |  |  |
| Wyświetlanie co najmniej 2 krzywych dynamicznych |  |  |
| Monitorowanie EKG z 12 odprowadzeń z funkcją doradczą biorącą pod uwagę podczas analizy: wiek i płeć pacjenta |  |  |
| Wzmocnienie sygnału EKG na minimum siedmiu poziomach: 0,25; 0,5; 1,0; 1,5; 2,5; 3,0; 4,0 cm/mV |  |  |
| Prezentacja tętna w zakresie min.: od 20 do 300 uderzeń na minutę |  |  |
| Rodzaj fali defibrylującej: dwufazowa – z kompensacją impedancji ciała pacjenta, poziom energii defibrylacji w zakresie: co najmniej od 2 J do 360 J |  |  |
| Dostępne minimum 24 różne poziomy energii |  |  |
| Kardiowersja |  |  |
| Defibrylacja ręczna |  |  |
| Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min w przedziale od: 150 do 360 J |  |  |
| Funkcja stymulacji zewnętrznej z możliwością wykonania stymulacji w trybach na „żądanie” i asynchronicznym |  |  |
| Wyjściowe natężenie prądu, co najmniej w zakresie od 0 do 180 mA |  |  |
| Częstość stymulacji minimum: od 50 do 150 impulsów na minutę. |  |  |
| Możliwość pomiaru SpO2 |  |  |
| Możliwość pomiaru NIBP |  |  |
| Funkcja codziennego automatycznego testu, nie wymagająca od użytkownika włączenia urządzenia. |  |  |
| Alarmy monitorowanych funkcji |  |  |
| Defibrylator gotowy do pracy bez dodatkowych nakładów (zawiera wszystkie kable, torbę transportową z dwoma kieszeniami, łączniki potrzebne do uruchomienia wszystkich jego funkcji; |  |  |
| Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora |  |  |
| Wbudowany rejestrator termiczny, szerokość papieru min: 95 mm |  |  |
| Możliwość teletransmisji 12 odprowadzeniowego EKG za pomocą modemu GPRS do stacji odbiorczych Lifenet |  |  |
| Monitorowanie EKG z 3/12 odprowadzeń, z funkcją transmisji danych ale również w komplecie :   * Kabel EKG 12 –odprow. 1 szt. * Kabel do stymulacji * elektrody defibrylacyjne samoprzylepne dla dorosłych 2 szt * torba na akcesoria i uchwyt mocujący defibrylator na ścianie ambulansu * Stacja ładująca do akumulatorów |  |  |
| Wodoodporność/odporność na kurz: norma IP44 |  |  |
| Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (dotyczy również opisów na panelu sterowania, oraz wydawanych przez aparat komunikatów głosowych). Instrukcja obsługi w język polskim. |  |  |
| Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE. |  |  |
| Dopuszcza się defibrylator używany lub demonstracyjny z ważnym przeglądem technicznym. |  |  |
| **SSAK ELEKTRYCZNY** | **WSKAZAĆ TYP, MODEL, PRODUCENT:**  **………………………………………………………………………................** |  |
| Płynna regulacja podciśnienia w zakresie 0 do **min. 0, 85 bar**  Zamawiający **dopuści ssak** o maksymalnej sile ssania 84 kPa, |  |  |
| Wbudowany manometr obrazujący osiągane podciśnienie |  |  |
| Wyposażony w wielorazowy słój na wydzielinę o objętości min. 1 litr. Możliwość zastosowania wkładów jednorazowych |  |  |
| Minimalny przepływ 30 l/min |  |  |
| Podwójne zabezpieczenie przed zalaniem pompy |  |  |
| Zasilanie akumulatorowe zapewniające minimum 45 min. pracy |  |  |
| Uchwyt ścienny do mocowania w ambulansie, zapewniający automatyczne ładowanie po wpięciu ssaka- zgodny z wymaganiami normy PN EN 1789 |  |  |
| **RESPIRATOR TRANSPORTOWY** | **WSKAZAĆ TYP, MODEL, PRODUCENT:**  **………………………………………………………………………................** |  |
| Maksymalna waga samego urządzenia do 3 kg |  |  |
| Zasilanie w tlen o ciśnieniu od 2,7 do 6,0 bar. |  |  |
| Zasilanie, sterowanie pracą oraz alarmami wyłącznie pneumatyczne – z przenośnego lub stacjonarnego źródła tlenu. |  |  |
| Respirator umożliwiający wentylację Pacjentów od około 5 kg masy ciała  Minimum dwa poziomy stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej w trybie IPPV/CMV: 100 % i 60 % |  |  |
| Zużycie gazu napędowego poniżej 10 ml/cykl oddechowy + objętość minutowa |  |  |
| Tryb wentylacji IPPV/CMV |  |  |
| Funkcja „oddech na żądanie”, automatyczna blokada cyklu wentylacji IPPV/CMV przy oddechu spontanicznym pacjenta z zapewnieniem minimalnej wentylacji minutowej. |  |  |
| Podciśnienie wyzwalające „oddech na żądanie” – max – 3 cm H20 |  |  |
| Możliwość ręcznego wyzwalania oddechów |  |  |
| Respirator z niezależną regulacją częstości i objętości oddechowej |  |  |
| Regulacja częstości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 8-40 oddechów/min |  |  |
| Regulacja objętości oddechowej w zakresie nie mniejszym niż 50-1750 ml (lub odpowiadająca temu objętość minutowa, nie mniejsza niż 2-14 l/min |  |  |
| Regulowane ciśnienie szczytowe w układzie pacjenta w zakresie min. 20-60 cm H2O |  |  |
| Manometr ciśnienia w układzie oddechowym |  |  |
| CPAP płynnie regulowane w zakresie 0-20 cm H2O jako integralna część respiratora |  |  |
| Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe w zakresie 0-20 cm H2O-PEEP jako integralna część respiratora lub dodatkowy moduł |  |  |
| Alarmy: wysokiego ciśnienia szczytowego w fazie wdechu, niskiego ciśnienia w układzie pacjenta, niskiego ciśnienia gazu zasilającego |  |  |
| Przepływa gazu w trybie automatycznym w zakresie minimalnym 6-42 l/min |  |  |
| Konfiguracja musi posiadać: respirator, przewód pacjenta wielorazowego użytku silikonowy - 1 szt , przewód ciśnieniowy, maskę pacjenta nr 5, uchwyt ścienny do mocowania na ścianie ambulansu , płuco testowe, torbę transportową , butlę tlenową poj. min 2,7 l , reduktor tlenowy z szybkozłączem typu AGA |  |  |
| **Deklaracja zgodności CE, certyfikat CE, wpis lub powiadomienie do rejestru wyrobów medycznych – załączyć** |  |  |
| **Folder - załączyć** |  |  |

……………………, dnia ……… 2016 roku

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

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**