**Załącznik Nr1**

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .............................................................................................................

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

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

**Numer telefonu / faxu** ……………………………………………………………….

**Adres e-mail** ................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ………………………………………………………………….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, 05-800 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w

**przetargu nieograniczonym na** **dostawę fabrycznie nowej karetki transportowej typu „B” do transportu pacjentów zarażonych wirusem Covid-19**,

z dnia 06.11.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 607580-N-2020 oraz na stronie internetowej Zamawiającego

* + 1. Oferuję wykonanie zamówienia za łączne wynagrodzenie:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączne wynagrodzenie:

Cena netto: .........................., słownie: ...................................................................................

kwota VAT: .........................., słownie: ..................................................................................

cena brutto: ..........................., słownie: .................................................................................

* + 1. Warunki gwarancji:

Okres gwarancji na pojazd bazowy bez limitu km …................. miesięcy

Okres gwarancji na lakier ................................ miesięcy

Okres gwarancji na przedział medyczny ................................. miesięcy

Okres gwarancji na sprzęt medyczny ................................. miesięcy

* + 1. w terminie: **do 5 dni roboczych od podpisania umowy**.
		2. przy warunkach płatności: pierwsza rata w wysokości do 60% ceny brutto wynagrodzenia płatna będzie w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury, a kolejna rata zapłacona zostanie w terminie do 15 stycznia 2021 r.
1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy akceptuję i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowana dostawa jest zgodna z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że dostawa będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.

**Wykonawca jest: małym\* / średnim\*/ dużym\* przedsiębiorstwem**

**\*** *niepotrzebne skreślić*

Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

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

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):
2. wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
3. wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów /usług:.……………………………………………

Wartość towaru /usług 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 i 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. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*.
2. Oświadczam, że wszystkie zatrudnione przeze mnie osoby które będą realizowały usługę, wszelkie informacje, uzyskane w związku z realizacją niniejszej umowy, w tym imię i nazwisko, adres i numer telefonu/ów, będą traktowały jako poufne w trakcie obowiązywania umowy oraz po jej zakończeniu i nie będą ich przekazywały osobom postronnym.
3. Załączniki do oferty:
	* Specyfikacja techniczna – zgodnie z załącznikiem nr 2 do SIWZ,
	* Oświadczenie wykonawcy – zgodny z załącznikiem nr 3 do SIWZ
	* Oświadczenie wykonawcy – zgodny z załącznikiem nr 4 do SIWZ
	* oświadczenie o spełnianiu norm i rozporządzeń – zgodny z załącznikiem nr 7 do SIWZ
	* pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty, jeżeli osoba podpisana nie jest wymieniona w dokumencie rejestracyjnym Wykonawcy, jako uprawniona do jego reprezentowania. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale lub w formie kopii poświadczonej notarialnie.

………………………………………………

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

……………………………..……………………..

Miejscowość, data

**Załącznik Nr 2**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

SPECYFIKACJA TECHNICZNA

**fabrycznie nowej karetki transportowej typu „B” do transportu pacjentów zarażonych wirusem Covid-19.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Tak / Oferowany parametr** |
| **Ogólne** |
| 1. | Typ pojazdu – BProducent/Typ/Model |  |
| 2. | Pojazd fabrycznie nowy - nieużywany |  |
| 3. | Rok produkcji – nie starszy niż 2020r. - podać |  |
| 4. | Gwarancja - na pojazd bazowy (min 12 miesięcy) bez limitu kilometrów - podać |  |
| 5. | Gwarancja - na lakier (min 24 miesiące) bez limitu kilometrów - podać |  |
| 6. | Gwarancja na przedział medyczny (min.12 miesięcy) – podać |  |
| 7. | Gwarancja na sprzęt medyczny – (min. 12 miesięcy)-podać |  |
| 8. | Certyfikat Zgodności lub Deklaracja Zgodności z normą PN EN 1789 dla Ambulansu Medycznego |  |
| 9. | Certyfikat Zgodności lub Deklaracja Zgodności z normą PN EN 1865 dla Sprzętu Medycznego. |  |
| 10. | Dostawa ambulansu do siedziby Zamawiającego lawetą |  |
| 11. | Wraz z pojazdem Wykonawca przekaże:a) kartę pojazdu,. b) wyciąg ze świadectwa homologacji dla pojazdu bazowego i skompletowanegoc) instrukcję obsługi pojazdud) książkę obsług przeglądów pojazdue) kartę gwarancyjną pojazduf) deklarację zgodności ambulansu z normąg) dokumenty umożliwiające rejestrację oraz eksploatację |  |
| 12. | Przeszkolenie pracowników z zakresu obsługi sprzętu i urządzeń w pojeździe |  |
| **I. NADWOZIE** |
| 1. | Pojazd kompletny (bazowy) typu furgon, z nadwoziem samonośnym, zabezpieczonym antykorozyjnie, z izolacją termiczną i akustyczną obejmującą ściany oraz sufit zapobiegającą skraplaniu się pary wodnej. Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym. DMC 3,5 tony. |  |
| 2 | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy;Fotel pasażera i kierowcy z pełną regulacją: regulacja wzdłużna, regulacja oparcia, regulacja odcinka lędźwiowego. Fotele wyposażone w podłokietniki. |  |
| 3 | Fotel pasażera i kierowcy z regulacją odcinka lędźwiowego |  |
| 4 | Wysokość przedziału medycznego min.1,85 m  |  |
| 5 |  Długość przedziału medycznego min. 3,25 m  |  |
| 6 | Szerokość przedziału medycznego min. 1,70 m . |  |
| 7. | Drzwi tylne wysokość min. 1,75 m, przeszklone, ze stopniem, otwierane na boki o min. 260º z systemem blokowania przy otwieraniu. |  |
| 8. | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu z odsuwaną szybą, |  |
| 9. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu,  |  |
| 10. | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby |  |
| 10. | Lakier w kolorze żółtym.(w zakresie koloru żółtego Zamawiający nie wymaga ale preferuje lakier RAL1016) |  |
| 12. | Centralny zamek wszystkich drzwi, sterowany pilotem. |  |
| 13. | Stopień wejściowy tylny, stanowiący zderzak ochronny.  |  |
| 14 | Stopień wejściowy wewnętrzny przy drzwiach bocznych poniżej podłogi przedziału medycznego będący wyposażeniem pojazdu bazowego |  |
| **II. SILNIK** |
| 1. | Z zapłonem samoczynnym turbodoładowany, z elektronicznym bezpośrednim wtryskiem paliwa z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych. Pojemność min. 1900 cm3. |  |
| 2. | Moc silnika minimum 160 KM .  |   |
| 3 | Moment obrotowy nie mniejszy niż 360 Nm . |  |
| 4. | Silnik spełniający wymagania emisji spalin Euro VI lub Euro 6. |  |
| **III. ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |
| 1. | Skrzynia biegów manualna min. 6 stopniowa (6 biegów do przodu + bieg wsteczny). Zamawiający nie dopuszcza skrzyni automatycznej lub zautomatyzowanej. |  |
| 2. | Napęd na jedną oś (przednią lub tylną) |  |
| 3. | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy (ESP) lub równoważny |  |
| 4. | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania |  |
| 5. | Systemy bezpieczeństwa: asystent bocznego wiatry, asystent ruszania pod górę |  |
| **IV. ZAWIESZENIE** |
| 1. | Gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów |  |
| 2. | Fabrycznie wzmocniony stabilizator osi przedniej i tylnej, wzmocnione amortyzatory lub fabryczne zawieszenie niezależne |  |
| **V. UKŁAD HAMULCOWY** |
| 1. | System ABS zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania. |  |
| 2. | Elektroniczny system podziału siły hamowania. |  |
| 3. | System wspomagania nagłego hamowania. |  |
| 4. | Hamulce tarczowe na obu osiach wentylowane(przód i tył) |  |
| **VI. UKŁAD KIEROWNICZY** |
| 1. | Ze wspomaganiem. |  |
| 2. | Regulowana kolumna kierownicy w jednej płaszczyźnie |  |
| 3. | Regulowana kolumna kierownicy w dwóch płaszczyznach |  |
| **VII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| 1. | Zespół dwóch akumulatorów o łącznej pojemności min. 180 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu. |  |
| 2. | Fabrycznie wzmocniony alternator o wydajności min. 190A. | . |
| **VIII. WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. |  |
| 2. | Zbiornik paliwa o pojemności min. 75 l |  |
| 3. | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (czołowe i boczne). |  |
| 4. | Nadokienne kurtyny powietrzne dla kierowcy i pasażera |  |
| 5. | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. |  |
| 6. | Klimatyzacja kabiny kierowcy. |  |
| 7. | Klimatyzacja automatyczna kabiny kierowcy (tzw. Climatronic). |  |
| 8. | Wsteczne lusterka zewnętrzne, elektrycznie podgrzewane i regulowane. |  |
| 9. | Lusterko wewnętrzne. |  |
| 10. | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie. |  |
| 11. | Dodatkowe światło hamowania (trzecie). |  |
| 12. | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. |  |
| 13. | Czujnik deszczu dostosowujący szybkość pracy wycieraczek przedniej szyby do intensywności opadów. |  |
| 14. | Czujniki parkowania przednie i tylne |  |
| **Wymogi dotyczące przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na ambulans sanitarny** |
| **Lp.** | **Wymagane parametry** | **Tak / Oferowany parametr** |
| **I. NADWOZIE** |
| 1. | Drzwi tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. |  |
| 2. | Ściany boczne przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania wyposażenia medycznego, podłoga przystosowana do zamocowania foteli, podstawy pod nosze |  |
| 3. | Podłoga ze sklejki wodoodpornej dodatkowo izolowana materiałem izolacyjnym posiadającym właściwości izolacyjne niegorsze jak materiał izolujący ściany i sufit (podać rodzaj materiału izolacyjnego i jego grubość) |  |
| 4. | Zewnętrzny schowek za lewymi drzwiami przesuwnymi (oddzielony od przedziału medycznego i dostępny z zewnątrz pojazdu), z miejscem mocowania min. 2 szt. butli tlenowych 10l, krzesełka kardiologicznego, noszy podbierakowych, materaca próżniowego oraz deski ortopedycznej dla dorosłych. Poprzez drzwi lewe ma być 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) |  |
| **II. OGRZEWANIE,WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** |
| 1. | Nagrzewnica wodna w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik o mocy min. 5 kW |  |
| 2. | Postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 2.0 kW zasilany z sieci 230 V  |  |
| 3. | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem o mocy min. 5,0 kW tzw. powietrzne  |  |
| 4. | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju  |  |
| 5. | Rozbudowa klimatyzacji fabrycznej kabiny kierowcy na przedział medyczny (klimatyzacja dwuparownikowa). |  |
| 6. | W przedziale medycznym automatyczny system schładzania i ogrzewania po ustawieniu zadanej temperatury wykorzystujący klimatyzację i urządzenia grzewcze  |  |
| 7. | Otwierany szyber – dach, pełniący funkcję doświetlania i wentylacji przedziału medycznego o minimalnych wymiarach 350 mm × 350 mm. (dopuszcza się szyberdach z funkcją wyjścia ewakuacyjnego) wyposażony w roletę oraz moskitierę. |  |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| **1.** | **Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:** |
| a) | minimum trzy gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu ambulansu do sieci 230V) |  |
| b) | dodatkowe gniazdo USB na desce rozdzielczej po stronie pasażera |  |
| c) | kabel zasilający o długości min. 10m, |  |
| d) | zabezpieczenie przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V, |  |
| e) | wyłącznik przeciwporażeniowy, |  |
| f) | automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V  |  |
| g) | grzałka w układzie chłodzenia cieczą silnika pojazdu, |  |
| h) | przetwornica o mocy min. 1000 W prąd w sinusie z wyłącznikiem |  |
| i) | gniazdo USB w przedziale medycznym |  |
| j) | Dodatkowy układ umożliwiający równoległe połączenie dwóch akumulatorów, zwiększający siłę elektromotoryczną podczas rozruchu, układ oparty o przekaźnik wysoko prądowy o min. prądzie przewodzenia 250 A. |  |
| **2.** | **Instalacja dla napięcia 12V i oświetlenie przedziału medycznego:** |
| a) | powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem wyposażone we wtyki poboru prądu umiejscowione na lewej ścianie, |  |
| b) | powinna posiadać minimum 6 punktów oświetlenia rozproszonego |  |
| c) | powinna posiadać minimum 2 punkty oświetlenia led z regulacją kąta umieszczone nad noszami |  |
| d) | oświetlenie punktowe led blatu roboczego – minimum 1 punkt, |  |
| **3.** | **Przedział medyczny ma być wyposażony w panel sterujący:** |
| a) |  informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu |  |
| b) | z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data) |  |
| c) | informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu (informacja ta może być podawana bezpośrednio na urządzeniu) |  |
| d) | sterujący oświetleniem przedziału medycznego |  |
| e) | sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego |  |
| f) | zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury |  |
| g) | Zamawiający nie dopuszcza paneli dotykowych typu touchscreen. |  |
| **4.** | **Kabina kierowcy ma być wyposażona w system:** |
| a) | informujący kierowcę o działaniu reflektorów zewnętrznych  |  |
| b) | informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu ambulansu do sieci 230 V. |  |
| c) | informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy. |  |
| d) | informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |
| e) | sterujący pracą dodatkowych sygnałów dźwiękowych (awaryjnych) |  |
| f) | ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o niedoładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego |  |
| g) | Zamawiający nie dopuszcza paneli dotykowych typu touchscreen. |  |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
| **IV a. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA** |
| 1. | W przedniej części dachu pojazdu belka świetlna typu LED (niskoprofilowa) ze światłami roboczymi do oświetlania miejsca akcji oraz z podświetlanym napisem AMBULANS |  |
| 2. | Na wysokości pasa przedniego dwie niebieskie lampy pulsacyjnych typu LED. |  |
| 3. | W tylnej części dachu pojazdu pojedyncza lampa typu LED lub belka świetlna typu LED (niskoprofilowa) |  |
| 4. | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami |  |
| 5. |  Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne. Włączane osobnym przyciskiem w łatwo dostępnym i oznaczonym miejscu na desce rozdzielczej. |  |
| **IV b. OZNACZENIE POJAZDU** |
| 1. |  3 pasy odblaskowe zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego wykonanych z folii |  |
| a) |  typu 3 barwy czerwonej o szer. Min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli |  |
| b) | typu 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”) |  |
| 2. | z przodu pojazdu napis: zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego |  |
| 3. |  oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego |  |
| 4. | Po obu bokach i z tyłu pojazdu nadruk barwy czerwonej „T” w okręgu o średnicy co najmniej 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm |  |
| 5. | Nadruk lustrzany „AMBULANS” barwy czerwonej z przodu pojazdu o wysokości liter co najmniej 22 cm, umieszczenie nadruku lustrzanego „AMBULANS: barwy czerwonej o wysokości co najmniej 10 cm także z tyłu pojazdu. |  |
| 6. | Po obu bokach pojazdu nadruk stanowiący logo Szpitala w Giżycku |  |
| 7. |  Oznaczenie dachu pojazdu zgodnie z rozporządzeniem o oznaczeniu systemu PRM |   |
| **V. WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** |
| 1 | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi: |  |
| a) | zakres częstotliwości -168-170 MHz, |  |
| b) | współczynnik fali stojącej -1,6, |  |
| c) | polaryzacja pionowa, |  |
| d) | charakterystyka promieniowania –dookólna, |  |
| e) | odporność na działanie wiatru min. 55 m/s. |  |
| f) | Antena typu 3089/1 lub równoważna do radiotelefonu przewoźnego. |  |
| **VI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |
| 1. | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. |  |
| 2. | Ściany boczne i sufit pokryte tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. |  |
| 3. | Ściany i sufit wyłożone łatwo zmywalnymi szczelnymi tłoczonymi elementami z tworzywa sztucznego w kolorze białym obejmującymi całe powierzchnie łącznie z pośrednimi i końcowymi słupkami nadwozia. |  |
| 4. | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy, z wyposażony w dwa podłokietniki, bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami  |  |
| 5. | Przy ścianie działowej jeden fotel dla personelu medycznego obrotowy o kąt min. 90 stopni mocowany do podłogi w miejscu umożliwiającym nieskrępowane obejście noszy jak i bezproblemowe przejście do kabiny kierowcy, posiadający możliwość dosunięcia lub odsunięcia do/od wezgłowia noszy w każdym momencie eksploatacji bez użycia kluczy, w zakresie umożliwiającym prawidłowe wykonywanie czynności medycznych przy pacjencie (np. intubowanie), wyposażony w dwa podłokietniki, bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa, zagłówek i regulowany kąt oparcia pleców, |  |
| 6. | 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 manualnie(minimalna wysokość przejścia 1650 mm – podać wartość oferowaną) spełniające normę PN EN 1789. |  |
| **VII. WYPOSAŻENIE PRZEDZIAŁU MEDYCZNEGO** |
| 1. | **Zabudowa specjalna na ścianie działowej****\*(dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą)** |
| a) | Przy drzwiach prawych przesuwnych szafka z blatem roboczym do przygotowywania leków wyłożona blachą nierdzewną, wyposażona w min. trzy szuflady:  |  |
| b) |  Pojemnik na zużyte igły, |  |
| c) | Kosz na odpady. |  |
| d) | Termobox – elektryczny ogrzewacz płynów infuzyjnych z płynną regulacją temperatury umożliwiający przewożenie płynów (co najmniej 8 sztuk po 500 ml) w pozycji pionowej |  |
| e) |  Miejsce i system mocowania jednego plecaka ratunkowego z dostępem zarówno z zewnątrz jak i z wewnątrz przedziału medycznego, |   |
| f) |  Przy drzwiach bocznych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego. |  |
| 2 |  **Zabudowa specjalna na ścianie prawej****\*(dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą)** |
| a) | Minimum cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, |  |
| b) |  Uchwyt na butlę tlenową o min. pojemności 400 l przy ciśnieniu 150 at, |  |
| c) | Uchwyty ułatwiające wsiadanie; przy drzwiach bocznych i drzwiach tylnych, |  |
| d) | Przy drzwiach tylnych zamontowany panel sterujący oświetleniem roboczym po bokach i z tyłu ambulansu oraz oświetleniem przedziału medycznego |  |
| e) | Przy drzwiach przesuwnych panel sterujący umożliwiający:- sterowanie oświetleniem wewnętrznym (również nocnym) przedziału oraz oświetleniem zewnętrznym (światła robocze),- sterowanie układem ogrzewania dodatkowego oraz stacjonarnym ogrzewaniem postojowym zasilanym z sieci 230V,- sterowanie układem klimatyzacji i wentylacji.- załączanie przetwornicy prądu 12/230V,- sterowanie głośnikiem radiotelefonu, - regulacja głośności w głośnikach radioodtwarzacza, |  |
| f) | Funkcja osuszania powietrza w przedziale medycznym zmniejszająca poziom wilgotności ograniczająca rozwój bakterii i wirusów (realizowana poprzez łączne działanie klimatyzacji urządzeń grzewczych) |  |
| h) | Na prawej ścianie przy fotelu zamontowany uchwyt (uchylny/otwierany) na drugi plecak ratunkowy umożliwiający korzystanie z zawartości plecaka po jego otwarciu przez osobę siedzącą na fotelu. Uchwyt w pozycji zamkniętej jako system podtrzymujący wyposażenie w przedziale medycznym odpowiada wymogom normy PN EN 1789+A2:2015-01 w zakresie pkt. 4.5.8 i 5.3. |  |
| 3. | **Zabudowa specjalna na ścianie lewej****\*(dopuszcza się zabudowę równoważną z opisaną funkcjonalnością pod warunkiem wykazania tej równoważności przez Wykonawcę – załączyć do oferty schemat zabudowy ściany działowej potwierdzony przez jednostkę badawczą)** |
| a) | Minimum cztery podsufitowe szafki z przezroczystymi frontami otwieranymi do góry i podświetleniem uruchamianym automatycznie po ich otwarciu, wyposażonymi w cokoły zabezpieczające przed wypadnięciem przewożonych tam przedmiotów, przegrody do segregacji przewożonego tam wyposażenia, |  |
| b) | Pod szafkami dwa pojedyncze panele z gniazdami tlenowymi (min. 2 szt.) i gniazda 12V (min. 3 szt.). |  |
| 4. | Na lewej ścianie przy fotelu zamontowany duży płaski panel informacyjny o wymiarach min. 600×600 mm umożliwiający umieszczenie materiałów informacyjnych dotyczących; procedur medycznych, dawkowania leków, procedur dezynfekcji przedziału medycznego i jego wyposażenia posiadający funkcję tablicy sucho ścieralnej w celu zapisywania na bieżąco pozyskiwanych podczas akcji ratunkowej informacji o pacjencie. |  |
| 5. | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 2 szt. Pojemników. |  |
| 6. | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego. |  |
| 7. | Na ścianie lewej przygotowane fabrycznie miejsce do montażu sprzętu medycznego, co najmniej : defibrylatora, respiratora, ssaka, 2 pomp infuzyjnych. |  |
| 8. | Centralna instalacja tlenowa (bez butli i reduktorów) z uchwytami umieszczonymi w schowku zewnętrznym za lewymi drzwiami przesuwnymi |  |
| a) | Minimum 2 gniazda poboru tlenu na ścianie lewej |  |
| b) | Konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych 10 l oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. |  |
| c) | Konstrukcja instalacji tlenowej ma umożliwiać zasilanie paneli tlenowych równocześnie z obu butli tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłony. |  |
| d) | Sufitowy wtyk tlenowy umiejscowiony tak aby personel medyczny nie był narażony na uszkodzenie głowy, z przepływomierzem na ścianie prawej |  |
| e) | Uchwyty i miejsce nocowania butli muszą być przystosowane do butli z zaworem typu LIV dla wszystkich rodzajów butli |  |
| 9. | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny, możliwość pochyłu o min. 10 stopni do pozycji Trendelenburga i Antytrendelenburga, (pozycji drenażowej), z wysuwem na zewnątrz pojazdu umożliwiającym wjazd noszy na lawetę,  |  |
| 10. | System szyn podłogowych z przesuwnymi panelami umożliwiającymi szybką wymianę lawety w celu przystosowania ambulansu do transportu pacjentów na noszach bariatrycznych, system jako element całopojazdowej homologacji oferowanej marki i modelu ambulansu i odpowiada wymogom normy PN EN 1789+A2:2015-01 w zakresie pkt. 4.5.8 i 5.3. |  |
| **VIII. WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| 1. | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. |  |
| 2. | Radioodtwarzacz w kabinie kierowcy |  |
| 3. | Głośnik w przedziale medycznym podłączony do radia z wyłącznikiem |  |
| 4. | Lampka typu kopilot w kabinie kierowcy po stronie pasażera |  |
| 5. | Dywaniki gumowe w kabinie kierowcy dla kierowcy i pasażera |  |
| 6. | Videorejestrator jazdy w przód + karta pamięci minimum 128 GB, działający również w trybie parkingowym po wyłączeniu zapłonu pojazdu z systemem uniemożliwiającym rozładowanie akumulatorów. |  |
| 7. | Reflektory zewnętrzne, po bokach oraz z tyłu pojazdu, po 2 z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlenia miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego. Reflektory typu LED. Reflektory automatycznie wyłączające się po ruszeniu pojazdu i osiągnięciu prędkości 30 km/h. |  |
| **IX. WYPOSAŻENIE MEDYCZNE NOSZE /KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE.** |
| **NOSZE** |
| 1 | Wykonane z materiału odpornego na korozje lub zabezpieczone przed korozja |  |
| 2 | Przystosowanie do prowadzenia reanimacji.  |  |
| 3 | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.  |  |
| 4 | Płynna regulacji nachylenia oparcia pod plecami – 85°.  |  |
| 5 | Rama noszy pod głową pacjenta umożliwiająca odgięcie głowy do tyłu i ułożenie na wznak.  |  |
| 6 | Komplet pasów zabezpieczających – pasy szelkowe i pasy poprzeczne mocowane bezpośrednio do ramy noszy.  |  |
| 7 | Cienki niesprężynujący materac anatomiczny z tworzywa sztucznego umożliwiający ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych, o powierzchni antypoślizgowej, nie absorbujący krwi i płynów, odporny na środki dezynfekujące, poduszka anatomiczna.  |  |
| 8 | Teleskopowo składany statyw na płyny infuzyjne.  |  |
| 9 | Składane poręcze boczne składane jedną ręką.  |  |
| 10 | Wysuwane rączki do przenoszenia z tyłu i przodu noszy.  |  |
| 11 | Waga 22 pomiędzy 20÷24 kg |  |
| 12 | Obciążenie dopuszczalne min 220 kg.  |  |
| 13 | Nosze certyfikowane zgodnie z najnowszą normą PN EN 1865:1 2010.  |  |
| 14 | Gwarancja minimum 12 miesiące |  |
| **KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE** |
| 1 | Wykonane z materiału odpornego na korozje lub zabezpieczone przed korozja |  |
| 2 | Wyposażane w system płozowy do transportu pacjenta po schodach. |  |
| 3 | Wyposażone w oparcie mocowane fabrycznie na stałe, o wysokiej odporności na ścieranie, pęknięcia, odporne na bakterie, grzyby, zmywanie i umożliwiające dezynfekcję. |  |
| 4 | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie. |  |
| 5 | Wysuwane uchwyty przednie blokowane w minimum trzech pozycjach |  |
| 6 | Dwa obrotowe koła w zakresie 360°. |  |
| 7 | System mocowania krzesła w ambulansie zgodny z normą PN1789 |  |
| 8 | Waga krzesełka z zainstalowanym systemem płozowym max. 15 kg. Zgodnie z wymogami normy PN EN 1865-4 |  |
| 9 | Maksymalne rozmiary po złożeniu 100 cm × 52 cm × 20 cm |  |
| 10 | Minimum trzy pasy poprzeczne służące do zapinania pacjenta |  |
| 11 | udźwig minimum 220 kg |  |
| 12 | Deklaracja zgodności CE. |  |
| 13 | GWARANCJA– min .12 miesiące |  |

………………………………………………………………..

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**Załącznik Nr 3**

**Nazwa Wykonawcy …….........................…………………………………………………………….**

**Adres 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 na:

**dostawę fabrycznie nowej karetki transportowej typu „B” do transportu pacjentów zarażonych wirusem Covid-19 dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim,**

oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12÷23 ustawy Pzp.
3. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

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 pkt 1 – 8 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)*

1. **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)*

1. **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**

**Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………….........................………….**

**Adres Wykonawcy ……………………………….........................…………………………………..**

**Numer telefonu / faxu ………………..........................…………………………………………….**

**Adres e-mail .........................................................................................................................................**

**Numer NIP: .....………….......................……… i Regon ……………...................**

**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**

**Nr ……………………..**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: **dostawę fabrycznie nowej karetki transportowej typu „B” do transportu pacjentów zarażonych wirusem Covid-19 dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim,** oświadczam, co następuje:

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SIWZ w Rozdziale IV .

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

 …………………………………………

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………….................................………………………..…….

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

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

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

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

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **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 5**

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**na dostawę fabrycznie nowej karetki transportowej typu „B” do transportu pacjentów zarażonych wirusem Covid-19 dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Wskazanie wykonawcy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

………………………………………………………………..

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**UWAGA!**

**Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty.**

**Załącznik nr 7**

**Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………….........................………….**

**Adres Wykonawcy ……………………………….........................…………………………………..**

**Numer telefonu / faxu …………………..........................……………**

**Adres e-mail .........................................................................................................................................**

**Numer NIP: .....………….......................……… i Regon ……………........................…**

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIANIU NORM** **I ROZPORZĄDZEŃ**

Dot. postępowania przetargowego: „**dostawa fabrycznie nowej karetki transportowej typu „B” do transportu pacjentów zarażonych wirusem Covid-19 dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**”

Zaoferowany samochody dopuszczone do obrotu zgodnie z obowiązującymi przepisami, normami w tym szczególnie spełniają wymagania określone w:

* 1. spełnia warunki określone w ustawie prawo o ruchu drogowym z dnia 20.06.1997r. (dz. U. z 2012r., poz. 1137 z późn. zm.).
	2. spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 31.12.2002r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz.U. z 2015r., poz. 305 z późn. zm).
	3. spełnia warunki i wymagania Unii Europejskiej dla samochodów osobowych
1. **oraz wymagania ujęte w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia- Załącznik nr 6**

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

 …………………………………………

 *(*Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*)*

**Załącznik nr 8**

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

(wzór)

bez zastrzeżeń\*/ z zastrzeżeniami\*

**Wykonawca:** ………………………………………………………………..

w imieniu którego przekazania dokonuje:

……………………………

**W imieniu Zamawiającego: Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim przy ulicy Dalekiej 11**

odbioru dokonują:

……………………………

…………………………..

**Potwierdzamy przyjęcie do eksploatacji:**

1……………typ/model……………. nr ser. …………….. rok prod ………………

Umowny termin dostawy został zachowany.\*

Umowny termin dostawy został przekroczony o …….dni.\*

Niniejszym zgodnie stwierdzamy, że ww. sprzęt medyczny zostaje przyjęty do eksploatacji bez zastrzeżeń.

Wykaz przekazanych dokumentów:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Za Zamawiającego:  | Za Wykonawcę: |
| ………………………………………………………………………………………… | ………………………………………… |

\*niepotrzebne skreślić