

SZCZEGÓŁOWY OPIS OFEROWANEGO URZĄDZENIA

TABELA NR 1

KARETKA SANITARNA

Kod CPV- 34.11.41.22-0

Producent/firma:

Marka i model ambulansu:

Rok produkcji:

Uwaga: w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
1. Nadwozie:			
1.	Typ kontener lub furgon, częściowo przeszklony z możliwością ewakuacji pacjenta i personelu;	TAK	
2.	Wysokość przedziału medycznego min. 1,75m	Maks. ilość punktów – 5 Za minimum 1,75 m – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
3.	Przystosowany do przewozu min. pięciu osób (z kierowcą) w pozycji siedzącej + jedna osoba w pozycji leżącej na noszach;	TAK	

Podpis

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
4.	Długość przedziału medycznego min. 2,6m;	Maks. ilość punktów – 5 Za minimum 2,6 m – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
5.	Drzwi tylne przeszklone, dwuskrzydłowe obejmujące całą ścianę tylną otwierające się pod kątem min 180°, wyposażone w ograniczniki oraz blokady położenia skrzydeł, (podać kąt otwarcia drzwi tylnych).;	TAK	
6.	Drzwi wyposażone w światła awaryjne włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi.	TAK	
7.	Kabina kierowcy oddzielona przegrodą z możliwością komunikacji między przedziałami (podać typ przegrody).	TAK (podać)	
8.	Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu ze stopniem stałym wewnętrznym lub zewnętrznym automatycznie wysuwany/ wsuwany przy otwieraniu/ zamykaniu drzwi (podać typ stopnia).	Stopień stały -0 pkt. Automatyczny -5 pkt.	
9.	Lakier w kolorze białym;	TAK	
10.	Centralny zamek wszystkich drzwi;	TAK	
11.	Autoalarm;	TAK	
12.	Immobiliser;	TAK	
13.	Ściany boczne przedziału medycznego winny być przygotowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia.	TAK	
2. Silnik:			
1.	Wysokoprężny zasilany ON;	TAK	
2.	Moc silnika minimum: min. 150 KM;	Maks. ilość punktów –5 150 KM – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
3.	Pojemność skokowa: 2100 – 2900 cm ³	TAK (podać)	
3. Zespół napędowy:			
1.	Skrzynia biegów manualna lub automatyczna min. 5 – cio biegowa	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
	+ bieg wsteczny z synchronizacją na każdym biegu.	Maks. ilość punktów –5 Skrzynia manualna – 0 pkt.	
2.	Napęd	4 x 4 –10 pkt, Oś przednia – 5 pkt, Oś tylna – 0 pkt.,	
3.	Koła z obręczami stalowymi o średnicy min 15 cali.	TAK	
4.	Układ system zapobiegający poślizgowi kół napędowych (np. ASR lub równoważny)	TAK	
5.	System zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania; np. ABS lub równoważny	TAK	
6.	Nadkola plastikowe ochraniające wnęki kół.	TAK	
4. Zawieszenie:			
1.	Posiadające stabilizatory osi przedniej i tylnej lub zawieszenie hydropneumatyczne lub zawieszenie niezależne (podać rozwiązanie)	TAK	
5. Układ hamulcowy:			
1.	Wspomaganie układu hamulcowego;	TAK	
2.	System zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania; np. ABS lub równoważny	TAK	
6. Układ kierowniczy:			
3.	Wspomaganie układu kierowniczego;	TAK	
7. Ogrzewanie i wentylacja:			
1.	Ogrzewanie cieczą chłodzącą silnika (nagrzewnica w przedziale medycznym);	TAK	
2.	Urządzenie grzewcze zasilane z sieci 230V o mocy min. 2,0 kW;	TAK	
3.	Niezależny od pracy silnika system ogrzewania kabiny kierowcy i przedziału medycznego, z możliwością dogrzania silnika przed jego uruchomieniem, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem. (podać markę i model oraz moc w Watach);	TAK	
4.	Wentylator dachowy z dodatkową lampą (podać markę i model oraz wydajność w m3/h.);	TAK	
5.	Dwuparnikowa klimatyzacja przedziału medycznego i kabiny	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
	kierowcy;		
8. Instalacja elektryczna:			
1.	Alternator zapewniający odpowiednio dużą moc min. 1200 W (podać moc);	TAK Maks. ilość punktów –5 1200W – 0 pkt.	
2.	Zespół akumulatorów o odpowiednio dużej pojemności do zasilania wszystkich odbiorników prądu min 160 Ah;	TAK	
3.	Układ zasilania zewnętrznego o napięciu 230V 50 Hz spełniający następujące wymagania: <ul style="list-style-type: none"> • pokrywający zapotrzebowanie na energię elektryczną wszystkich urządzeń ambulansu, • uniemożliwiający rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu lub uniemożliwiający ruszenie, • posiadający zabezpieczenie przeciwpożarowe, • posiadający automatyczną ładowarkę akumulatorową zapewniającą jednoczesne ładowanie dwóch akumulatorów na postoju (podać markę i model ładowarki); 	TAK	
4.	Minimum trzy gniazda 12V w przedziale medycznym do podłączenia urządzeń medycznych;	TAK	
9. Oznakowanie pojazdu i oświetlenie pojazdu:			
1.	Pojazd oznakowany i wyposażony jako pojazd uprzywilejowany w ruchu drogowym zgodnie z ustawą „ Prawo o ruchu drogowym”.	TAK	
2.	Napis po obu stronach sanitarki zawierający nazwę i adres Szpitala – treść napisu uzgodniona wcześniej z Zamawiającym;	TAK	
3.	Belka świetlna umieszczona w przedniej części dachu pojazdu ze światłami wyładowczymi typu stroboskopowego (podać markę i model belki)	TAK	
4.	Dwie lampy pulsacyjne typu stroboskopowego na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej.	TAK	
5.	Lampa niebieska wyładowcza w tylnej części dachu – typu stroboskopowego.	TAK	
6.	Światła awaryjne zamontowane na drzwiach tylnych włączające się po ich otwarciu.	TAK	
7.	Dodatkowe migacze zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia.	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
8.	Przenośny reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji.	TAK	
9.	Pas odblaskowy barwy niebieskiej biegnący dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas barwy czerwonej pod niebieskim, dodatkowy pas odblaskowy barwy białej biegnący dookoła pojazdu na wysokości zderzaka.	TAK	
10.	Z przodu pojazdu napis lustrzany AMBULANS	TAK	
11.	Oznaczenie typu karetki „W” na bokach i drzwiach tylnych..	TAK	
10. Sygnalizacja dźwiękowa:			
1.	Sygnaly dźwiękowe modulowane o mocy minimum 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem	TAK	
11. Łączność radiowa:			
1.	Instalacja wmontowana do samochodu z anteną dachową o parametrach: <ul style="list-style-type: none"> zakres częstotliwości 168 – 170 MHz, impedancję wejścia 500 Ohm, współczynnik fali stojącej 1,6, polaryzację pionową, charakterystykę promieniowania dookólną, odporność na działanie wiatru 55m/s. 	TAK	
12. Przedział medyczny:			
1.	Kabina kierowcy oddzielona od przedziału medycznego przegrodą stałą lub rozsuwaną (podać typ przegrody)	TAK	
2.	Dwa fotele do jazdy na wprost z czego minimum jeden fotel obrotowy z możliwością złożenia siedziska do oparcia, wszystkie fotele wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa i zagłówki (podać ilość foteli obrotowych)	TAK	
3.	Siedzenie tyłem do kierunku jazdy, wyposażone w pas bezpieczeństwa, montowane na/ przy przegrodzie dzielącej kabinę kierowcy od części ambulansu służącej do przewozu chorych, ze składanym do pionu siedziskiem i zagłówkiem.	TAK	
4.	Wzmocniona podłoga wyłożona wykładziną antypoślizgową łatwo zmywalną, połączoną szczelnie z pokryciem boków	TAK	
5.	Ściany boczne, sufit, półki, szafki wykonane z niepalnego	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
	materiału, łatwo zmywalnego, nietoksyczne, bez ostrych krawędzi w kolorze białym.		
6.	Izolacja dźwiękowo – termiczna przedziału medycznego.	TAK	
7.	Oświetlenie zapewniające prawidłową pracę personelu medycznego w tym: <ul style="list-style-type: none"> oświetlenie rozproszone o natężeniu min. 300 lx z możliwością zmniejszenia do 150lx (obszar pacjenta) i min. 50lx (obszar otaczający) realizowane przez min 4 punkty świetlne ze światłem rozproszonym (podać ilość punktów świetlnych), oświetlenie halogenowe z regulacją kąta umieszczone nad noszami. 	TAK	
8.	Okna przedziału medycznego zmatowione do 2/3 wysokości.	TAK	
9.	Centralna instalacja tlenowa w konfiguracji z min. 1 butlą 10L wyposażoną w reduktor oraz (podać ilość butli oraz markę i model reduktora)	TAK	
10.	Minimum 2 gniazda poboru tlenu monoblokowe typu panelowego wyposażone w min. 1 przepływomierz obrotowy i w nawilżacz (podać ilość gniazd, przepływomierzy i nawilżaczy)	TAK	
11.	Szafki na leki i sprzęt z bezpiecznym zamknięciem uniemożliwiającym niekontrolowane otwarcie się w czasie jazdy.	TAK	
12.	Sufitowy uchwyt do płynów infuzyjnych.	TAK	
13.	Szyna typu Modura o długości min. 50 cm na ścianie lewej (podać długość szyny)	TAK	
14.	Sufitowy uchwyt dla personelu.	TAK	
15.	Miejsce na zamocowanie sprzętu na ścianie bocznej.	TAK	
16.	Miejsce mocowania pompy infuzyjnej, transportowej.	TAK	
17.	Uchwyty na walizkę lub torbę z produktami leczniczymi.	TAK	
18.	Miejsce mocowania dodatkowych noszy.	TAK	
19.	Miejsce przystosowane do mocowania noszy podbierakowych.	TAK	
20.	Miejsce mocowania składanego krzeselka kardiologicznego.	TAK	
21.	Miejsce mocowania materaca podciśnieniowego.	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
22.	Miejsce mocowania defibrylatora.	TAK	
23.	Laweta pod nosze główne z płynnym przesuwem bocznym (podać markę i model lawety oraz załączyć folder).	TAK	
24.	Co najmniej trzy gniazda poboru energii elektrycznej o napięciu 12 V z możliwością podłączenia inkubatora transportowego (przewód elektryczny 20A).	TAK	
25.	Miejsce mocowania sprzętu do uzgodnienia po wygranym przetargu.	TAK	
26.	Co najmniej 3 gniazda poboru energii elektrycznej o napięciu 12 V zabezpieczone przed zabrudzeniem/zalaniem.	TAK	
13. Nosze główne:			
1.	Samojezdne, monoblokowe z płynną regulacją oparcia pleców do kąta min 75°, wraz z mocowaniem do ambulansu na stole medycznym	TAK	
2.	Z możliwością ustawienia pozycji przeciw wstrząsowej,	TAK	
3.	Wyposażone w min.2 kółka skrętne ułatwiające manewrowość z hamulcami, wyposażone blokadę umożliwiającą transport po schodach ze złożonym podwoziem	TAK	
4.	Wyposażone w materac i komplet pasów (poprzeczne i szelkowe) o regulowanej długości mocowane bezpośrednio do ramy noszy	TAK	
5.	Z możliwością skrócenia długości ramy noszy ułatwiającej transport pacjentów w windach i ciasnych klatkach schodowych , nosze zabezpieczone przed korozją , przystosowane do dezynfekcji	TAK	
6.	Waga noszy do 30 kg , obciążenie dopuszczalne powyżej 180 kg	TAK	
7.	<i>Proszę podać markę i model noszy, do oferty załączyć folder</i>	TAK	
8.	Zgłoszenie do Rejestru wyrobu medycznego oznaczonego znakiem zgodności CE,	TAK (Jeżeli ustawa nakłada taki obowiązek)	
14. Sprzęt medyczny:			
1.	Cięśniomierz stacjonarny karetkowy , tarcza o średnicy powyżej 10 cm , mocowany za pomocą uchwytu do szyny Modura o konstrukcji umożliwiającej szybki demontaż , wyposażony w mankiet wielokrotnego użytku dla dorosłych	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
	z przewodem o długości min 2 m, wyposażony w kosz na mankiety. Proszę podać markę i model , załączyć folder		
2.	Ciśnieniomierz przenośny ręczny , wyposażony w mankiety dla dorosłych Proszę podać markę i model , załączyć folder	TAK	
3.	Krzeselko kardiologiczne - składane , z kompletem pasów zabezpieczających (min. 2 szt) , z rączkami przednimi o regulowanej długości z możliwością ustawienia ich na min 2 poziomach wysokości , z rączkami tylnymi składanymi , waga krzeselka poniżej 10 kg , obciążenie dopuszczalne powyżej 150kg. Proszę podać markę i model, wagę oraz dopuszczalne obciążenie, załączyć folder	TAK	
4.	Aparat EKG 6 i 12 kanałowy , z możliwością pracy w trybie Auto lub Manual, z analizą i interpretacją , z klawiaturą alfanumeryczną , z wyświetlaczem , szerokość papieru min 100 mm , z zasilaniem 230 V i akumulatorem bezobsługowym wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu, sygnał EKG z 12 odprowadzeń standardowych , z interfejsem komunikacyjny RS 232 , czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV , prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s , waga od 2 kg do 3,5 kg . Podać markę , model , załączyć folder	TAK	
5.	Inhalator szpitalny – 1 kpl , przystosowany do pracy ciągłej , pneumatyczny, cichy, waga mak 3 kg , zasilanie 230V, przepływ min 8L/min , wydajność min 0,3ml/min Waga: 2,20 kg Zasilanie: 220V 50/60Hz Ciśnienie: 2 atm Przepływ: 10 l/min Podać markę i model , załączyć folder	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
6.	Materac przeciwoodleżynowy – 2 kpl , pneumatyczny, zmiennociśnieniowy, z pompą z regulacją ciśnienia, zapewniający bardzo dobrą ochronę przed odleżynami u osób obłożnie chorych i długotrwale lub terminalnie unieruchomionych, np. na skutek paraliżu, wylewu krwi do mózgu. Wymiary minimalne dł. min 175 cm, szer. Min 80 cm, Wys. Min 8 cm; obciążenie dopuszczalne powyżej 120 kg; Czas pełnego cyklu do 10 minut; Zakres regulacji ciśnień: 30~80 mmHg; Podać markę model, załączyć folder	TAK	
7.	Kule łokciowe (1 kpl)	TAK	
8.	Wózek toaletowy z otworem (1 szt)	TAK	
9.	Wózek inwalidzki (1 szt) , wykonany ze stali chromowanej, składany krzyżakowo, z wyjmowanymi podłokietnikami, regulowane na długość, odchylane i wyjmowane podnóżki. Tapicerka wykonana jest z materiału niepalnego, szerokość siedziska od 40 do 50 cm, głębokość siedziska min 40cm, waga wózka poniżej 20 kg, obciążenie dopuszczalne min 120 kg	TAK	
10.	Termometr elektroniczny (5szt) , wodoszczelny , termometr do pomiaru temperatury ciała w jamie ustnej , pod pachą , w odbycie , prosty w użyciu , z pamięcią ostatniego pomiaru , gwarancja min 24 miesiące. Podać markę i model urządzenia.	TAK	
11.	Komputer przenośny typu laptop z procesorem Celeron min 1,5 GHz , dysk 60 GB, pamięć operacyjna min 256 MB system Windows XP , przekątna ekranu min 15cali wraz z drukarką laserową , prędkość drukowania powyżej 12 stron /min , waga drukarki do 5 kg , z oprogramowaniem i sterownikami , komunikacja po porcie USB, zasilanie z sieci	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
	230V (2 kpl)		
12.	Kamizelka odblaskowa dla ratownika z napisem: „Szpital MSWiA w Złocieńcu” (2kpl)	TAK	
13.	Telefon komórkowy wraz z zestawem startowym (2kpl)	TAK	
14.	Kompletny uchwyt karetkowy do montażu defibrylatora ZOLL mod Mseries w ambulansie. UWAGA defibrylator stanowi własność Zamawiającego i zostanie dostarczony do zamontowania w ambulansie	TAK	
15.	Komplet uchwytów do pompy infuzyjnej		
15. Dodatkowe wymagania			
1.	Gwarancja min 24 miesiące lub 100 tys. km przebiegu – od daty odbioru technicznego i przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji.	TAK	
2.	Gwarancja na perforację nadwozia min 60 miesięcy.	TAK	
3.	Ważna homologacja pojazdu w Polsce (na samochód bazowy i zabudowę) wystawione zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie o rejestracji pojazdów.	TAK	
4.	Gaśnica.	TAK	
5.	Trójkąt	TAK	
6.	Komplet kluczy	TAK	
7.	Koło zapasowe	TAK	
8.	Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym.	TAK	
9.	Młotek do wybijania szyb.	TAK	
10.	Nóż do przecinania pasów.	TAK	
11.	Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki	TAK	
12.	Poduszka powietrzna kierowcy i pasażera	TAK	
13.	Komplet opon zimowych z felgami	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
14.	Komplet ubrań ochronnych dla załogi - zimowy + letni (4 komplety) W komplecie zestawu zimowego: - Kurtka wierzchnia - Polar o gramaturze co najmniej 390g/m2 - Spodnie wierzchnie W komplecie zestawu letniego: - Bluza - Spodnie (załączyć folder oferowanej odzieży)	TAK	
15.	Radio z odtwarzaczem CD	TAK	
16.	Elektrycznie otwierane okna w kabinie kierowcy	TAK	
17.	Ubezpieczenie ambulansu O , AC, NW na min 12 miesięcy	TAK	

Informacje o serwisie naprawczym:

Pełna nazwa:

Adres:

Telefon: **Fax.**

Oferowany pojazd:

- jest zgodny z wymaganiami określonymi w przepisach dotyczących warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz.262),
- odpowiada wymaganom określonym w polskiej normie PN – EN 1789 dla ambulansu typu B i PN – EN 1865 w zakresie odpowiednim do przedmiotu prowadzonego postępowania,
- ambulans fabrycznie nowy, rok produkcji 2006,
- spełnia określone powyżej wymagania dodatkowe oraz wymagania określone w SIWZ.

....., dnia

.....
podpis osoby upoważnionej

Podpis

TABELA NR 2

KARETKA PRZEWOZOWA

Kod CPV- 34.11.41.21-3**Producent/firma:****Marka i model ambulansu:****Rok produkcji:**

Uwaga: w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
1. Nadwozie:			
1.	Pojazd przeznaczony do przewozu min. 5 osób (łącznie z kierowcą)	TAK	
2.	Przestrzeń ładunkowa min. 1,0 m ³	Maks. ilość punktów – 5 Za minimum 1,0 m – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
3.	Uchwyty do mocowania ładunku	TAK	
4.	Drzwi boczne, prawe przesuwane do tyłu, szerokość otwarcia min. 70 cm;	TAK	

Podpis

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
5.	Kłapa tylna – szer./wys. - min. 1100/1100 mm;	TAK	
6.	Okno w tylne ogrzewane, z wycieraczką	TAK	
7.	Uchwyty holownicze z przodu i z tyłu;	TAK	
8.	Masa ciągnionej przyczepy min. 1000 kg	Maks. ilość punktów – 5 Za minimum 1000 kg – 0 pkt., powyżej proporcjonalnie więcej	
9.	Zamykany na klucz wlew paliwa;	TAK	
10.	Wszystkie szyby termoizolacyjne;	TAK	
11.	Ładowność – min. 720 kg	Maks. ilość punktów – 5 Za minimum 720 kg – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
12.	Lakier metalizowany, srebrny;	TAK	
2. Wymiary garażu, w którym będzie garażowany ambulans: długość garażu 5,40 m: drzwi garażu szer. 2,30 m x wys. 2.50 m			
1.	Należy podać wymiary oferowanego pojazdu (musi zmieścić się w wymiarach garażu) <ul style="list-style-type: none"> • Całkowita długość • Całkowita szerokość • Całkowita wysokość 	TAK	(podać) Dł.:; Szer.:; Wysokość:

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
3. Silnik:			
1.	Silnik z turbosprężarką, z wtryskiem bezpośrednim	TAK	
2.	Moc silnika minimum: 100 KM;	TAK Maks. ilość punktów –5 100 KM – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
3.	Moment obrotowy nie mniejszy niż 250 Nm;	TAK	
4.	Okres między przeglądowy – min.15.000 km lub wg wskazań komputera	TAK Maks. ilość punktów –5 15 000 km – 0 pkt. powyżej proporcjonalnie więcej	
4. Zespół napędowy:			
1.	Skrzynia biegów manualna zsynchronizowana: minimum 5-biegowa (plus wsteczny).	TAK	
2.	Napęd	Oś przednia – 5 pkt, Oś tylna – 0 pkt.,	
3.	Układ system zapobiegający poślizgowi kół napędzanych poprzez zmniejszenie przekazywanego w czasie jazdy przez silnik zbyt dużego momentu obrotowego (np. ASR lub równoważny)	TAK	
4.	Układ system zapobiegający poślizgowi kół napędzanych podczas hamowania silnikiem (np. MSR lub równoważny)	TAK/NIE** TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.	
5. Zawieszenie:			
1.	Stabilizator osi przedniej, stabilizator osi tylnej lub zawieszenie hydropneumatyczne (pneumatyczne);	TAK	
2.	Niezależne zawieszenie kół przednich gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność w trudnym terenie;	TAK	
3.	Obrysowa średnica zawracania < niż 13 m	Maks. ilość punktów – 5	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
		13 m – 0 pkt. Poniżej proporcjonalnie więcej	
6. Układ hamulcowy:			
1.	Wspomaganie układu hamulcowego;	TAK/NIE** TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
2.	Hamulce tarczowe	TAK	
3.	System zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania; np. ABS lub równoważny	TAK	
7. Układ kierowniczy:			
1.	Hydrauliczne wspomaganie układu kierowniczego; bezobsługowe, niewymagające wymiany oleju przez cały okres eksploatacji pojazdu	TAK/NIE** TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
2.	Regulacja kolumny kierownicy: wysokość i długość	TAK	
8. Ogrzewanie i wentylacja:			
1.	Ogrzewanie cieczą chłodzącą silnik;	TAK	
2.	Mechaniczna wentylacja nawiewno-wywiewna;	TAK	
3.	Klimatyzacja, min. półautomatyczna;	TAK	
9. Wyposażenie dodatkowe:			

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
1.	Immobiliser;	TAK	
2.	Autoalarm;	TAK	
3.	Pakiet ubezpieczeniowy OC, AC i NW na min. 12 miesięcy	TAK	
4.	Radio z odtwarzaczem CD	Tak	
5.	Oznakowanie pojazdu – napis zawierający nazwę i adres Zamawiającego na obu drzwiach kabiny kierowcy;	TAK	
6.	Dodatkowe opony zimowe z felgami – 4 szt.,	TAK	
7.	Kamizelka odblaskowa – 1 szt.	TAK	
8.	Wszystkie miejsca siedzące wyposażone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa	TAK	
9.	Wszystkie siedzenia z zagłówkami	TAK	
10. Dodatkowe wymagania			
1.	Gwarancja min 24 miesiące lub 150 tys. km przebiegu – od daty odbioru technicznego i przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji.	TAK	

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE I PUNKTACJA*	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać podać zakres)
1	2	3	4
2.	Gwarancja na perforację nadwozia min 60 miesięcy.	TAK	
3.	Ważna homologacja pojazdu w Polsce wystawione zgodnie z zapisami zawartymi w ustawie o rejestracji pojazdów.	TAK	
4.	Gaśnica.	TAK	
5.	Trójkąt	TAK	
6.	Komplet kluczy	TAK	
7.	Koło zapasowe	TAK	

Informacje o serwisie naprawczym:

Pełna nazwa:

Adres:

Telefon: **Fax.**

Oferowany pojazd:

- jest zgodny z wymaganiami określonymi w przepisach dotyczących warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz.262),
- pojazd fabrycznie nowy, rok produkcji 2006,
- spełnia określone powyżej wymagania dodatkowe oraz wymagania określone w SIWZ.

....., dnia

.....
podpis osoby upoważnionej

Podpis