Załacznik nr 4 do SWZ

|  |
| --- |
| FORMULARZ OFERTOWY |

Dane dotyczące WYKONAWCY

Nazwa :…………………………………………………………………………………………

Siedziba:……………………………………………………………………………………….

Nr telefonu:…………………………………………………………………………………….

Nr NIP:…………………………………………………………………………………………

NR REGON :………………………………………………………………………………….

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………….

Działalność gospodarcza prowadzona jest na podstawie wpisu do

|  |
| --- |
|  |

*(proszę wskazać – CEIDG, KRS lub inny rejestr zawodowy lub handlowy prowadzony w kraju,
w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania)*

prowadzonego przez

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| pod numerem ewidencyjnym KRS *(jeżeli dotyczy)* |  |

Rodzaj Wykonawcy[[1]](#footnote-1): *(proszę postawić „X” w okienku przy jednej właściwej odpowiedzi)\**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| mikroprzedsiębiorstwo |  |
|  |  |
| małe przedsiębiorstwo |  |
|  |  |
| średnie przedsiębiorstwo |  |
|  |  |
| jednoosobowa działalność gospodarcza |  |
|  |  |
| osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |  |
|  |  |
| inny rodzaj tj.: ………………………………………………………… |  |

**SKŁADAJĄC OFERTĘ W POSTĘPOWANIU W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO NA *ZAKUP I DOSTAWĘ DWÓCH FABRYCZNIE NOWYCH, KOMPLETNIE ZABUDOWANYCH AMBULANSÓW SANITARNYCH TYPU C ZE SPECJALISTYCZNYM WYPOSAŻENIEM MEDYCZNYM Z PRZEZNACZENIEM DLA ZACHODNIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.*, SPRAWA NR OR.272.00013.2023**

**Oferujemy realizację w cenie:**

CENA NETTO..........................................PLN

(słownie..................................................................................................................PLN)

PODATEK VAT .................................................PLN

CENA brutto .............................................................. (słownie..................................................................................................................PLN)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry minimalne**(dotyczy 1 szt. karetki typu C z wyposażeniem, musi spełniać poniższy zestaw wymagań) | **Potwierdzenie spełnienia parametru (tak / nie)** | **Oferowana wartość parametru\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie pojazdu bazowego** |
| **I. NADWOZIE** |
| **1.** | Typu „furgon”, do 3,5 t dopuszczalnej masy całkowitej. | TAK |  |
| **2.** | Nadwozie samonośne, elementy metalowe ocynkowane, z izolacją termiczną i akustyczną, lakier w kolorze żółtym (zgodnie z normą PN-EN 1789 lub równoważną). | TAK |  |
| **3.** | Kabina kierowcy wyposażona w dwa pojedyncze fotele: pasażera i kierowcy, fotele z możliwością regulacji pochylenia oparć, przesuwu wzdłużnego oraz z podłokietnikami | TAK |  |
| **4.** | Drzwi tylne przeszklone dwuskrzydłowe, otwierane na boki do kąta min. 260 º z systemem blokowania przy otwieraniu oraz kieszeniami z siatki | TAK |  |
| **5.** | Drzwi boczne prawe przesuwane do tyłu przeszklone, z odsuwaną szybą, wyjście ze stopniem stałym wewnętrznym. | TAK |  |
| **6.** | Drzwi boczne lewe przesuwane do tyłu, bez szyby. | TAK |  |
| **7.** | Kolor nadwozia: żółty - zgodnie z normą PN-EN 1789 lub równoważną i aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego | TAK |  |
|  **8.** | Centralny zamek wszystkich drzwi oraz schowka zewnętrznego, sterowany pilotem. | TAK |  |
| **9.** | Stopień wejściowy tylny antypoślizgowy, stanowiący jednocześnie funkcję zderzaka | TAK |  |
| **II. SILNIK** |
| **1.** | Z zapłonem samoczynnym, turbodoładowany, z urządzeniem do podgrzewania silnika, ułatwiającym rozruch silnika w warunkach zimowych | TAK |  |
| **2.** | Moc silnika minimum 160 KM oraz moment obrotowy zapewniające minimum 360 Nm . | TAK(parametr punktowany) |  |
| **III. ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU** |
| **1.** | Skrzynia biegów manualna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym lub skrzynia biegów automatyczna o min. 6 biegach do przodu i biegu wstecznym | TAK(parametr punktowany) |  |
| **2.** | Napęd na co najmniej jedną oś (przednią lub tylną – podać) | TAK |  |
| **3.** | Elektroniczny system stabilizacji toru jazdy typu: ESP lub równoważny | TAK |  |
| **4.** | System zapobiegający poślizgowi kół osi napędzanej podczas ruszania typu: ASR lub równoważny | TAK |  |
| **IV. ZAWIESZENIE** |
| **1.** | Zawieszenie wzmocnione (wzmocnione amortyzatory, stabilizatory osi przedniej i tylnej, resory) gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność i manewrowość w trudnym terenie, umożliwiające komfortowy przewóz pacjentów | TAK |  |
| **V. UKŁAD HAMULCOWY** |
| **1.** | System zapobiegający blokadzie kół podczas hamowania typu ABS lub równoważny. | TAK |  |
| **2.** | System wspomagania nagłego hamowania. | TAK |  |
| **3.** | Hamulce tarczowe na obu osiach (przód i tył) | TAK |  |
| **4.** | Asystent ruszania tj. system zapobiegający staczaniu się przy ruszaniu „pod górę”. | TAK |  |
| **VI. UKŁAD KIEROWNICZY** |
| **1.** | Ze wspomaganiem. | TAK |  |
| **2.** | Regulowana kolumna kierownicy. | TAK(parametr punktowany) |  |
| **VII. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
| **1.** | Zespół dwóch fabrycznych akumulatorów (montowanych przez producenta pojazdu bazowego), każdy o pojemności min. 80 Ah do zasilania wszystkich odbiorników prądu – jeden do rozruchu silnika, drugi do zasilania przedziału pacjenta – doładowywane zarówno z alternatora w czasie pracy silnika, jak i z prostownika na postoju po podłączeniu zasilania do sieci 230V | TAK |  |
| **2.** | Fabrycznie wzmocniony alternator o mocy minimum 1600 W | TAK |  |
| **VIII. WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
| **1.** | Wszystkie miejsca siedzące zaopatrzone w bezwładnościowe pasy bezpieczeństwa oraz zagłówki. | TAK |  |
| **2.** | Zbiornik paliwa o pojemności min. 70 L. | TAK |  |
| **3.** | Poduszki powietrzne: kierowcy i pasażera (czołowe i boczne). | TAK |  |
| **4.** | Elektryczne otwierane szyby w drzwiach przednich. | TAK |  |
| **5.** | Wentylacja i klimatyzacja kabiny kierowcy | TAK |  |
| **6.** | Lusterka zewnętrzne, regulowane i podgrzewane elektrycznie | TAK |  |
| **7.** | Lusterko wewnętrzne. | TAK |  |
| **8.** | Reflektory przeciwmgłowe halogenowe przednie. | TAK |  |
| **9.** | Sygnalizacja dźwiękowa lub optyczna w kabinie kierowcy o niedomknięciu którychkolwiek drzwi | TAK |  |
| **10.** | Trójkąt, gaśnica, apteczka, podnośnik. | TAK |  |
| **11.** | Dywaniki gumowe dla kierowcy i pasażera w kabinie kierowcy zapobiegające zbieraniu się wody z podłoża | TAK |  |
| **12.** | Koło zapasowe, zestaw narzędzi do wymiany koła lub alternatywnie: wyposażenie pojazdu w zestaw naprawczy zamiast w koło zapasowe pod warunkiem, że koło zapasowe wraz z narzędziami będzie dostarczone luzem | TAK |  |
| **13.** | Komplet opon całorocznych lub pojazd wyposażony fabrycznie w opony letnie + dodatkowy zestaw opon zimowych dostarczony luzem ( 4 szt.) | TAK |  |
| **14.** | Przednie czujniki parkowania oraz kamera cofania | TAK |  |
| **Wymogi co do przedmiotu zamówienia w zakresie adaptacji na karetkę sanitarną (zabudowa)** |
| **I. NADWOZIE** |
| **1.** | Minimalne wymiary wewnętrzne przedziału medycznego w cm po wykonaniu adaptacji (długość x szerokość x wysokość) 320 x 170 x 185 | TAK |  |
|  | Drzwi  tylne wyposażone w światła awaryjne, włączające się automatycznie przy otwarciu drzwi. | TAK |  |
|  | Ściany boczne/podłoga przedziału medycznego mają być przystosowane do zamocowania foteli oraz innego wyposażenia. | TAK |  |
|  | Schowek 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. | TAK |  |
|  | Zapewniony z zewnątrz (poprzez drzwi przesuwne) dostęp do plecaka / torby medycznej umieszczonej w przedziale medycznym (tzw. podwójny dostęp do plecaka/torby – z przedziału medycznego i z zewnątrz pojazdu) | TAK |  |
|  | Okna zmatowione do 2/3 wysokości lub zaklejone folią matową | TAK |  |
|  | Miejsce wraz z mocowaniem min. 2 kasków ochronnych | TAK |  |
| **II. OGRZEWANIE, WENTYLACJA, KLIMATYZACJA** |
|  | Nagrzewnica w przedziale medycznym wykorzystująca ciecz chłodzącą silnik do ogrzewanie przedziału medycznego; ogrzewanie przedziału medycznego możliwe przy włączonym silniku pojazdu | TAK |  |
|  | Ogrzewanie postojowe – grzejnik elektryczny z możliwością ustawienia temperatury termostatem i zabezpieczeniem o mocy min. 1.8 kW zasilany z sieci 230 V. | TAK |  |
| **3.** | Wentylacja mechaniczna, nawiewno – wywiewna, zapewniająca prawidłową wentylację przedziału medycznego i zapewniająca wymianę powietrza min 20 razy na godzinę w czasie postoju oraz klimatyzacja z niezależną regulacją nawiewu dla kabiny kierowcy i przedziału medycznego. Zamawiający dopuszcza by fabryczna klimatyzacja kabiny kierowcy pojazdu bazowego była rozbudowana na przedział medyczny na etapie adaptacji na karetkę. | TAK |  |
|  | Niezależne od pracy silnika i układu chłodzenia silnika dodatkowe ogrzewanie przedziału medycznego, z możliwością ustawienia temperatury i termostatem. Ogrzewanie przedziału medycznego z możliwością ustawienia temperatury termostatem takie, aby przy temperaturach zewnętrznych – 100 C i niższych, ogrzanie wnętrza do temperatury co najmniej + 50 C nie powinno trwać dłużej niż 15 minut. Po upływie 30 minut w przedziale pacjenta temperatura powinna wynosić co najmniej 22ºC. | TAK |  |
| **III. INSTALACJA ELEKTRYCZNA** |
|  | Instalacja dla napięcia 230V w kompletacji:1. zasilanie zewnętrzne 230V z zabezpieczeniem wyłącznikiem przeciwporażeniowym oraz zabezpieczeniem przed uruchomieniem silnika przy podłączonym zasilaniu 230V1. minimum trzy gniazda poboru prądu w przedziale medycznym zasilane z gniazda umieszczonego na zewnątrz (na pojeździe ma być zamontowana wizualna sygnalizacja informująca o podłączeniu karetki do sieci 230V),
2. kabel zasilający o długości min. 10 m,
3. automatyczna ładowarka służąca do ładowania dwóch fabrycznych akumulatorów działający przy podłączonej instalacji 230V,
4. grzałka silnika zasilana napięciem 230V.
5. inwertor prądu stałego 12V na zmienny 230V o mocy min. 1000W (prąd w „sinusie”), w trakcie jazdy pojazdu w gniazdach 230V ma być dostępne napięcie do obsługi sprzętu medycznego wymagającego zasilania 230V, z możliwością wyłączania napięcia (wyłącznik inwertora)
 | TAK |  |
| **2.** |  1. Instalacja dla napięcia 12V przedziału medycznego powinna posiadać co najmniej 4 gniazda 12V (w tym jedno 20A)  zabezpieczonych przed zabrudzeniem / zalaniem2. Oświetlenie przedziału medycznego:- światło rozproszone realizowane przez lampy typu LED umieszczone w górnej części przedziału medycznego zapewniające spełnienie wymogu oświetlenia obszaru pacjenta min. 300lx, a obszar otaczający min. 50lx;- minimum 3 punkty ze światłem skupionym, dwa nad noszami oraz jedno nad blatem roboczym- oświetlenie nocne | TAK |  |
| **3.** | Przedział medyczny ma być wyposażony wzamontowany na ścianie panel sterujący:1. informujący o temperaturze w przedziale medycznym oraz na zewnątrz pojazdu
2. z funkcją zegara (aktualny czas) i kalendarza (dzień, data)
3. informujący o temperaturze wewnątrz termoboxu
4. sterujący oświetleniem przedziału medycznego
5. sterujący systemem wentylacji przedziału medycznego
6. zarządzający system ogrzewania przedziału medycznego i klimatyzacji przedziału medycznego z funkcją automatycznego utrzymania zadanej temperatury.
7. sterowanie ogrzewaniem postojowym 230V;
 | TAK |  |
| **4.** | Dodatkowy panel sterujący oświetleniem roboczym oraz oświetleniem przedziału medycznego zamontowany z tyłu karetki przy drzwiach tylnych oraz prawych przesuwanych. | TAK |  |
| **5.** | Kabina kierowcy ma być wyposażona w panel sterujący:1. sterujący oświetleniem zewnętrznym (światła robocze)
2. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu podłączeniu karetki do sieci 230 V
3. informujący kierowcę o braku możliwości uruchomienia pojazdu z powodu otwartych drzwi między przedziałem medycznym a kabiną kierowcy
4. informujący kierowcę o poziomie naładowania akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego
5. ostrzegający kierowcę (sygnalizacja dźwiękowa) o nie doładowaniu akumulatora samochodu bazowego i akumulatora dodatkowego
6. umożliwiający sterowanie klimatyzacją oraz ogrzewaniem przedziału medycznego.
7. sygnalizacja niezapiętych pasów bezpieczeństwa foteli przedziału medycznego.

Zamawiający wymaga, aby panele sterujące posiadały pozytywne wyniki badań na zg. z R10 EKG ONZ w oferowanym typie karetki | TAK |  |
| **IV. SYGNALIZACJA ŚWIETLNO – DŹWIĘKOWA I OZNAKOWANIE** |
|  | Sygnalizacja świetlna realizowana przez belki zespolone lub zintegrowane typu LED zamontowane na dachu (przód oraz tył).Zamawiający nie dopuszcza tylnej lampy typu „kogut”. | TAK |  |
|  | Sygnał dźwiękowy modulowany o mocy min. 100 W z możliwością podawania komunikatów głosem zgodny z obowiązującymi przepisami. | TAK |  |
|  | Dodatkowe sygnały dźwiękowe (awaryjne) pneumatyczne lub elektryczne przeznaczone do pracy ciągłej. | TAK |  |
|  | Włączanie sygnalizacji dźwiękowo-świetlnej realizowane przez jeden główny włącznik umieszczony w widocznym, łatwo dostępnym miejscu na desce rozdzielczej kierowcy | TAK |  |
|  | Oznakowanie pojazdu - zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2019 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 2487)- 3 pasy odblaskowe wykonanych z folii:a) typu 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkolib) typu 1 lub 3 barwy czerwonej o szer. min. 15 cm umieszczony wokół dachuc) typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”)- z przodu i z tyłu pojazdu napis lustrzany: „AMBULANS” barwy czerwonej lub granatowej o wysokości znaków min. 22 cm z przodu i 10 cm z tyłu- oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego- po obu bokach pojazdu nadruk barwy czerwonej **„P”** ( do uzgodnienia po podpisaniu umowy) w okręgu o średnicy min. 40 cm, o grubości linii koła i liter 4 cm- nazwa dysponenta jednostki umieszczona po obu bokach pojazdu**.** | TAK |  |
|  | Dodatkowe migacze, zamontowane w górnych tylnych częściach nadwozia | TAK |  |
|  | Reflektory zewnętrzne po bokach oraz z tyłu pojazdu po 2 szt. z każdej strony, ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji, włączanie i wyłączanie reflektorów zarówno z kabiny kierowcy jak i z przedziału medycznego | TAK |  |
| **V. WYPOSAŻENIE W ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI** |
|  | Na dachu pojazdu antena radiotelefonu spełniająca następującej wymogi:- zakres częstotliwości -144-174 MHz,- współczynnik fali stojącej -1,4,- polaryzacja pionowa,- charakterystyka promieniowania –dookólna,- odporność na działanie wiatru min. 55 m/s.Antena typu 3089/1 lub równoważna do radiotelefonu cyfrowo-analogowego (DMR).Instalację doprowadzić do miejsca instalacji radiotelefonu na desce rozdzielczej kierowcy, okablowanie z zapasem 50 cm | TAK |  |
|  | Wykonanie instalacji do podłączenia radiotelefonu | TAK |  |
|  | Zestaw anten GPS (x2) i GSM (x2) umożliwiających prawidłowe działanie wszystkich elementów systemu SWD PRM. | TAK |  |
|  | Wszelkie anteny muszą posiadać klapy rewizyjne dla celów serwisowych. | TAK |  |
|  | Anteny na dachu pojazdu winny być zainstalowane we wzajemnej odległości od siebie nie mniejszej niż 40 cm. | TAK |  |
| **VI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY** |
|  | Antypoślizgowa podłoga, wzmocniona, połączona szczelnie z zabudową ścian. | TAK |  |
|  | Ściany boczne i sufit pokryte specjalnym tworzywem sztucznym – łatwo zmywalnym i odpornym na środki dezynfekujące, w kolorze białym. | TAK |  |
| **3.** | Na prawej ścianie minimum jeden fotel obrotowy, wyposażony w bezwładnościowe, trzypunktowe pasy bezpieczeństwa i zagłówek, ze składanym do pionu siedziskiem i regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia) . Fotel wyposażony w sygnalizację niezapiętego pasa bezpieczeństwa. | TAK |  |
|  | Przy ścianie działowej u wezgłowia noszy fotel obrotowy umożliwiający jazdę tyłem do kierunku jazdy, ze składanym do pionu siedziskiem, zagłówkiem (regulowanym lub zintegrowanym), bezwładnościowym pasem bezpieczeństwa oraz regulowanym oparciem pod plecami (regulowany kąt oparcia ). Fotel z systemem przesuwu w kierunku od noszy do ściany działowej w zakresie zapewniającym prawidłowe korzystanie z fotela tj. zarówno zajęcie prawidłowej pozycji przy noszach, odsunięcie fotela od noszy w celu obejścia noszy, jak i ustawienie fotela w pozycji umożliwiającej przejście z przedziału medycznego do kabiny kierowcy. Fotel wyposażony w sygnalizację niezapiętego pasa bezpieczeństwa. | TAK |  |
|  | Przegroda między kabiną kierowcy a przedziałem medycznym. Przegroda zapewniająca możliwość oddzielenia obu przedziałów oraz swobodną komunikację pomiędzy personelem medycznym a kierowcą. Przegroda ma być wyposażona w drzwi przesuwne. | TAK |  |
|  | Przedział medyczny, poprzez zastosowany układ szaf, szuflad, pojemników, schowków i uchwytów swobodnie i ergonomicznie mieszczący co najmniej wyposażenie wskazane w Normie 1789 lub równoważnej w zakresie określonym dla karetki typu B. | TAK |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianach bocznych (lewej i prawej):- zestawy szafek i półek wykonanych z tworzywa sztucznego, zabezpieczone przed niekontrolowanym wypadnięciem umieszczonych tam przedmiotów, z miejscem mocowania wyposażenia medycznego tj. szyny Kramera, torba opatrunkowa i inne,- półki podsufitowe z przezroczystymi szybkami i podświetleniem umożliwiającym podgląd na umieszczone tam przedmioty (na ścianie lewej co najmniej 4 szt., na ścianie prawej co najmniej 2 szt.).- na ścianie lewej zamykany schowek na środki psychotropowe zamykany na klucz lub z zamkiem szyfrowym. | TAK |  |
|  | Zabudowa meblowa na ścianie działowej:- szafka z blatem roboczym- min. dwie szuflady- wbudowany pojemnik na zużyte igły i strzykawki- szafki na drobny sprzęt medyczny- miejsce wraz z mocowaniem do zamocowania torby / plecaka medycznego zapewniające podwójny dostęp: z zewnątrz (poprzez drzwi przesuwne) oraz wnętrza przedziału medycznego- kosz na śmieci | TAK |  |
|  | Zamki szafek i szuflad zgodne z Normą 1789 lub równoważną | TAK |  |
|  | Na lewej ścianie przestrzeń przeznaczona do mocowania defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej, ssaka i innego sprzętu. Zamocowane 2 poziome szyny mocujące do których mogą być przykręcane, w różnych kombinacjach 3 uniwersalne płyty mocującej – płyty w ukompletowaniu, do których można niezależnie mocować: uchwyt pod dowolny typ defibrylatora, respiratora, pompy infuzyjnej. Płyty mają mieć możliwość przesuwania wzdłuż osi pojazdu tj. możliwość rozmieszczenia ww. sprzętu medycznego wg uznania Zamawiającego w każdym momencie eksploatacji.Uwaga – Zamawiający nie dopuszcza mocowania na stałe uchwytów do ww. sprzętu medycznego bezpośrednio do ściany przedziału medycznego. | TAK |  |
|  | Sufitowy uchwyt do kroplówek na min. 3 szt. pojemników. | TAK |  |
|  | Sufitowy uchwyt dla personelu medycznego umieszczony wzdłuż osi głównej | TAK |  |
|  | Uchwyty ścienne i przy drzwiach bocznych i tylnych ułatwiające wsiadanie | TAK |  |
|  | Centralna instalacja tlenowa dostosowana do zasilania w tlen równocześnie z dwóch butli każda o pojemności 10l oraz do pracy przy ciśnieniu roboczym 150 atm, w szczególności:- minimum 2 gniazda poboru tlenu typu AGA, monoblokowe typu panelowego (min. 2 na ścianie lewej)- min. 1 przepływomierz obrotowy z nawilżaczem- konstrukcja instalacji tlenowej ma zapewnić możliwość swobodnego dostępu do zaworów butli tlenowych oraz obserwacji manometrów reduktorów tlenowych bez potrzeby zdejmowania osłon | TAK |  |
|  | Podstawa (laweta) pod nosze główne posiadająca przesuw boczny lub montaż noszy głównych bezpośrednio do podłogi ambulansu. | TAK(podać) |  |
|  | Termobox stacjonarny do ogrzewania płynów infuzyjnych. | TAK |  |
|  | Wszelkie elementy zabudowy przedziału medycznego muszą być wykonane w sposób gwarantujący możliwość dokonywania napraw (wymian) elementów nadwozia bez niszczenia elementów zabudowy (np. przy naprawach drzwi przesuwnych tj. wózki, instalacji elektrycznej, prowadnic zewnętrznych itp.) | TAK |  |
| **VII. DODATKOWE WYPOSAŻENIE POJAZDU** |
|  | Dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym, młotek do wybijania szyb, nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa. | TAK |  |
|  | Przenośny szperacz ręczny z zasilaniem 12V z instalacji w karetce. | TAK |  |
|  | Komplet dywaników gumowych w kabinie kierowcy | TAK |  |
| **I. WYMAGANIA POZOSTAŁE** |
|  | Pojazd bazowy - rok produkcji nie wcześniej niż 2022 r. | TAK PODAĆ MARKĘ, MODEL I ROK |  |
|  | Zabudowa - rok produkcji nie wcześniej niż 2023 r. | TAK |  |
|  | Sprzęt medyczny - rok produkcji nie wcześniej niż 2022 r. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji na pojazd bazowy - min. 24 miesiące | TAK(parametr punktowany) |  |
|  | Okres gwarancji na zabudowę - min. 24 miesiące | TAK(parametr punktowany) |  |
|  | Gwarancja na lakier - min. 24 miesiące | TAK(parametr punktowany) |  |
|  | Minimalny okres gwarancji na perforację nadwozia 72 miesiące | TAK |  |
|  | Okres gwarancji na sprzęt medyczny - min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Zamawiający dopuszcza dostawę na kołach na koszt oraz ryzyko Wykonawcy. | TAK |  |
|  | Dostępność autoryzowanego serwisu na terenie RP | TAK |  |
|  | Wykaz punktów autoryzowanego serwisu przez producenta | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu w przypadku awarii:a) 48 hb) powyżej 48h maksymalnie do 72 h | TAK(parametr punktowany) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMOGI W ZAKRESIE SPRZETU MEDYCZNEGO** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **I. NOSZE GŁÓWNE** |  |  |  |  |  |
| **1.** | Producent, Marka i model, fabrycznie nowe, rok. prod.2023 | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **2.** | Przystosowane do prowadzenia reanimacji wyposażone w twardą płytę na całej długości noszy. | TAK |  |  |  |  |
| **3.** | Nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej i pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha. | TAK |  |  |  |  |
| **4.** | Z możliwością płynnej regulacji kąta nachylenia oparcia pod plecami min. 75 stopni. | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **5.** | Nosze monoblokowe, wielofunkcyjne, samojezdne, zasilane elektrycznie z hydraulicznym systemem wspomagania opuszczania i podnoszenia noszy. | TAK |  |  |  |  |
| **6.** | Z zestawem pasów szelkowychi poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych, system szybkozłączy do odpinania i zapinania bezpośrednio do ramy noszy. | TAK |  |  |  |  |
| **7.** | Nosze muszą posiadać trwale oznakowane najlepiej graficznie elementy związane z ich obsługą. Dodatkowy zestaw pasów lub uprzęży do transportu małych dzieci na noszach w pozycji siedzącej lub leżącej. Podać markę i model | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **8.** | Ze składanymi poręczami bocznymi, z rączkami do przenoszenia, ze składanym wieszakiem do kroplówki | TAK |  |  |  |  |
| **9.** | Możliwość skrócenia długości ramy noszy celem ułatwienia manewrowania w wąskich przestrzeniach, max dł. po skróceniu 160cm | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **10.** | Nosze muszą być zabezpieczone przed korozją poprzez wykonanie ich z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie ich środkami antykorozyjnymi. | TAK |  |  |  |  |
| **11.** | Z cienkim nie sprężynującym materacem - 1 szt. z tworzywa sztucznego nie przyjmującym krwi, brudu, przystosowanym do dezynfekcji, umożliwiającym ustawienie wszystkich dostępnych pozycji transportowych. | TAK |  |  |  |  |
| **12.** | Waga oferowanych noszy max.75 kg. zgodnie z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1865-2, podać wagę noszy. | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **13.** | Obciążenie dopuszczalne noszy minimum 320 kg. (podać obciążenie dopuszczalne w kg.) | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **14.** | Wbudowany akumulator o pojemności min 5Ah | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **15.** | Automatyczne doładowanie akumulatora noszy po wpięciu do dedykowanego uchwytu, świetlny wskaźnik naładowania akumulatora w widocznym miejscu, płynna regulacja wysokości noszy w zakresie min 38-130cm | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **16.** | Z systemem składanego podwozia umożliwiające łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu | TAK |  |  |  |  |
| **17.** | Z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami | TAK |  |  |  |  |
| **18.** | Regulację wysokości w min. sześciupoziomach | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **19.** | Stabilizator głowy pacjenta | TAK |  |  |  |  |
| **20.** | Wszystkie kółka jezdne o średnicy min. 150 mm. min.2 kółka jezdne skrętne w nogach noszy zakresie 360 stopni, umożliwiające prowadzenie noszy bokiem do kierunku jazdy przez jedną osobę z dowolnej strony transportera, kółka umożliwiają jazdę zarówno w pomieszczeniach zamkniętych jak i poza nimi na utwardzonych nawierzchniach (na otwartych przestrzeniach)(podać średnicę kółek w mm.) | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **21.** | Min. dwa kółka wyposażone w hamulec | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **22.** | System mocowania noszy na podstawie musi być zgodny z wymogami aktualnie obowiązującej normy PN EN 1789 | TAK |  |  |  |  |
| **23.** | Zagłówek mocowany do ramy noszy umożliwiający przedłużenie części noszowej dla pacjentów o wzroście powyżej 190cm | TAK |  |  |  |  |
| **24.** | System awaryjnego, ręcznego podnoszenia, opuszczania, załadunku i wyładunku noszy | TAK |  |  |  |  |
| **25.** | Wbudowany moduł Bluetooth | TAK |  |  |  |  |
| **26.** | Regulacja dedykowanej wysokości najazdowej noszy za pomocą aplikacji (moduł BT) | TAK |  |  |  |  |
| **27.** | Nosze elektryczne monoblokowe - muszą spełniać wymogi aktualnej normy PN EN 1789+ A2 i PN-EN 1865-2 lub normy równoważnej) w zakresie odpowiednim do prowadzonego postępowania. | TAK |  |  |  |  |
| **28.** |  Dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07.04.2022 r. oraz Certyfikat Zgodności z aktualną normą PN EN 1789+ A2 oraz PN EN 1865-1 lub równoważną dla oferowanego zestawu ( nosze , transporter , mocowanie ),Instrukcję obsługi w języku polskim wydaną przez producenta załączyć przy dostawie. | TAK |  |  |  |  |
| **29.** | Wymagany okres gwarancji min . 24miesiące. | TAK PODAĆ |  |  |  |  |
| **30.** | Ambulans powinien posiadać Certyfikat potwierdzający zgodność z normą PN-EN 1789+A2 2015 lub nowszą lub równoważnąWymagane przy dostawie ambulansu | TAK |  |  |  |  |
| **II. DESKA ORTOPEDYCZNA** |  |  |  |  |  |
| **1.** |  Model urządzenia / producent / rok produkcji | TAK |  |  |  |  |
| **2.** | Deska ortopedyczna wykonana z tworzywa sztucznego, przenikliwa dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG | TAK |  |  |  |  |
| **3.** | Ścięty koniec od strony nóg ułatwiający pracę w ciasnych przestrzeniach | TAK |  |  |  |  |
| **4.** | Wyposażona w min 14 uchwytów do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża, bez pinów do wpięcia pasów karabińczykowych, umożliwiających pracę w ochronnych rękawicach | TAK |  |  |  |  |
| **5.** | Wyposażona w min 5 punktów na dłuższej stronie deski do mocowania pasów | TAK |  |  |  |  |
| **6.** | Wyposażona w unieruchomienie głowy wielokrotnego użytku, składające się z podkładki oraz 2 klocków stabilizujących z otworami usznymi oraz 2 paskami spinającymi | TAK |  |  |  |  |
| **7.** | Waga deski max 10 kg | TAK |  |  |  |  |
| **8.** | Obciążenie dopuszczalne min 450kg | TAK |  |  |  |  |
| **9.** | Pływalność dodatnia min 110 kg | TAK |  |  |  |  |
| **10.** | Długość deski min 183 cm | TAK |  |  |  |  |
| **11.** | Szerokość deski w zakresie od min 46cm do max 50 cm | TAK |  |  |  |  |
| **12.** | Deklaracja zgodności CE | TAK |  |  |  |  |
|  |  |  | **III. SSAK** |  |  |
|  |  |  | **1.** | Podać markę , model i rok produkcji | TAK |  |
|  |  |  | **2.** | Przenośny ssak elektryczny, służący do udrażniania górnych dróg oddechowych | TAK |  |
|  |  |  | **3.** | Ssak elektryczny akumulatorowy przenośny zasilany 12V DC | TAK |  |
|  |  |  | **4.** | Wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia | TAK |  |
|  |  |  | **5.** | Obudowa ssaka chroniąca przewód przed uszkodzeniem | TAK |  |
|  |  |  | **6.** | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności | TAK |  |
|  |  |  | **7.** | Przepływ min 22 l/min | TAK |  |
|  |  |  | **8.** | Słój wielorazowy o pojemność min 1,0 l w koszyku na wkłady jednorazowe, w komplecie wkład jednorazowy wraz z jednorazowym przewodem ssącym | TAK |  |
|  |  |  | **9.** | Manometr podciśnienia ssania | TAK |  |
|  |  |  | **10.** | Płynnie regulowana siła ssania w zakresie min 0 do -0,8 bar za pomocą potencjometru | TAK |  |
|  |  |  | **11.** | Pełna informacja o stanie naładowania baterii na panelu kontrolnym ssaka | TAK |  |
|  |  |  | **12.** | Kabel do zasilania karetkowego 12V | TAK |  |
|  |  |  | **13.** | Płyta ścienna do montażu w karetce spełniająca standardy PN EN 1789 umożliwiająca ładowanie zaraz po wpięciu ssaka, certyfikat wystawiony przez niezależną jednostkę notyfikującą potwierdzający spełnienie normy PN EN 1789 lub równoważnej | TAK |  |
|  |  |  | **14.** | Temperatura pracy od - 5 do 50 ºC | TAK |  |
|  |  |  | **15.** | Temperatura przechowywania od - 40 do 70 ºC | TAK |  |
|  |  |  | **16.** | Ciężar kompletnego ssaka max ok. 5,4 kg | TAK |  |
|  |  |  | **17.** | Czas pracy min 45 min | TAK |  |
|  |  |  | **18.** | Żywotność akumulatora min 400 cykli w przeciągu 3 lat | TAK |  |
|  |  |  | **19.** | Ładowanie akumulatora do poziomu min 80% max 2 h 45 min +/- 10% | TAK |  |
|  |  |  | **20.** | Wielostopniowe zabezpieczenie przed wnikaniem płynów do wnętrza ssaka | TAK |  |
|  |  |  | **21.** | Ochrona min IP34 | TAK |  |
|  |  | **IV. MATERAC PRÓŻNIOWY** |  | ------- |  |
|  |  | **1.** | Materac próżniowy z 14 niezależnymi komorami dla doskonałego i szybkiego unieruchomienia. | TAK |  |  |
|  |  | **2.** | Minimum 8 ergonomicznych uchwytów | TAK |  |  |
|  |  | **3.** | Wyposażony w pasy bezpieczeństwa zapinane klamrami | TAK |  |  |
|  |  | **4.** | Możliwość użytkowania w temperaturach od - 30°C do + 70°C. Posiada i. | TAK |  |  |
|  |  | **5.** | Wymagane wymiary +/- 10%(dł. x szer.): 210x100cm | TAK |  |  |
|  |  | **6.** | Waga maksymalna meteraca9kg | TAK |  |  |
|  |  | **7.** | Ładowność: 150kg | TAK |  |  |
|  |  | **8.** | W zestawie torba oraz pompka do materaca próżniowego | TAK |  |  |
|  |  | **9.** | Certyfikat UNI EN 1865 lub równoważny, zgodnie z europejskimi normami zharmonizowanym | TAK |  |  |
|  | **V. POMPA INFUZYJNA** |  | ------- |  |  |
|  | **1.** | Nazwa urządzenia | TAK |  |  |  |
|  | **2.** | Typ urządzenia | TAK |  |  |  |
|  | **3.** | Producent | TAK |  |  |  |
|  | **4.** | Kraj pochodzenia | TAK |  |  |  |
|  | **5.** | Rok produkcji **2022**, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |  |  |
|  | **6.** | Aktualne dokumenty potwierdzające,że zaoferowany przez Wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytkowaniana terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodnościi oznakowanie znakiem CE ), tzn.,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20 maja 2010r.o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010Nr 107, poz. 679) oraz zgodniez dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |  |  |
|  | **7.** | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczuw języku polskim | TAK |  |  |  |
|  | **8.** | Klawiatura alfanumeryczna | TAK |  |  |  |
|  | **9.** | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji | TAK |  |  |  |
|  | **10.** | Pompa skalibrowana do pracyze strzykawkami o objętości: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml | TAK |  |  |  |
|  | **11.** | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowychi zagranicznych (minimum 30 typów wkalibrowanych strzykawek) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek | TAK |  |  |  |
|  | **12.** | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek | TAK |  |  |  |
|  | **13.** | Zakres szybkości infuzji przynajmniejco 0,1 ml/h:0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | TAK |  |  |  |
|  | **14.** | Programowanie infuzji w jednostkach (minimum): ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min | TAK |  |  |  |
|  | **15.** | Dokładność szybkości dozowania +/-2% | TAK |  |  |  |
|  | **16.** | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu | TAK |  |  |  |
|  | **17.** | Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej BOLUS (minimum)co 0,1 ml/h:do 400 ml/h dla strzykawek 5/6 mldo 600 ml/h dla strzykawek 10/12 mldo 1000 ml/h dla strzykawek 20 mldo 1200 ml/h dla strzykawek 30/35 mldo 2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | TAK |  |  |  |
|  | **18.** | Możliwość zmiany szybkości infuzjibez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |  |  |
|  | **19.** | Możliwość podglądu zaprogramowanychparametrów infuzji | TAK |  |  |  |
|  | **20.** | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury | TAK |  |  |  |
|  | **21.** | Programowana objętość infuzjico 0,1 ml (minimum) w zakresie0,1 do 999,9 ml | TAK |  |  |  |
|  | **22.** | Programowanie:-prędkości,-prędkości i objętości,-prędkości i czasu,-objętości i czasu | TAK |  |  |  |
|  | **23.** | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji przynajmniej 7 poziomów w zakresie300-900 mmHg | TAK |  |  |  |
|  | **24.** | Możliwość programowania nazwy oddziału | TAK |  |  |  |
|  | **25.** | Wyświetlanie nazw (minimum)30 leków (możliwość wymiany wszystkich nazw leków) | TAK |  |  |  |
|  | **26.** | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (minimum) 16 profili | TAK |  |  |  |
|  | **27.** | Funkcja KVO programowalna w zakresie (minimum) 0-5 ml/h co 0,1 ml/h | TAK |  |  |  |
|  | **28.** | Funkcja Stand-By programowana1sek-24h | TAK |  |  |  |
|  | **29.** | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1 min do 99 godzin | TAK |  |  |  |
|  | **30.** | Rejestr zdarzeń (minimum) 2000 | TAK |  |  |  |
|  | **31.** | Akustyczno-optyczny system alarmówi ostrzeżeń. Podać listę alarmów. | TAK |  |  |  |
|  | **32.** | Regulacja głośności alarmu | TAK |  |  |  |
|  | **33.** | Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka, łóżka, stacji dokującej MD | TAK |  |  |  |
|  | **34.** | Zasilanie sieciowe: 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny) | TAK |  |  |  |
|  | **35.** | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe (minimum)-20h przy przepływie 5 ml/h-4h przy przepływie 100 ml/h | TAK |  |  |  |
|  | **36.** | Automatyczne ładowanie akumulatoróww momencie podłączenia aparatudo zasilania sieciowego | TAK |  |  |  |
|  | **37.** | Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację | TAK |  |  |  |
|  | **38.** | Port komunikacyjny np. RS-232 | TAK |  |  |  |
|  | **39.** | Masa urządzenia (z akumulatorem)max 2,5 kg | TAK |  |  |  |
| **VI. KRZESEŁKO TRANSPORTOWE** |  | ------- |  |  |  |
|  | Podać markę, model i rok produkcji min 2023 | TAK |  |  |  |  |
|  | zgodności z normą PN EN 1865-4 lub równoważną | TAK |  |  |  |  |
|  | Wykonane z wytrzymałego materiału odpornego na korozję i na działanie płynów dezynfekujących | TAK |  |  |  |  |
|  | Wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach. | TAK |  |  |  |  |
|  | Wyposażone w demontowalne siedzisko | TAK |  |  |  |  |
|  | Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego materiału odpornego na bakterie, grzyby, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję | TAK |  |  |  |  |
|  | Składane, z blokadą przypadkowego złożenia w trakcie transportu | TAK |  |  |  |  |
|  | Wyposażone w min 4 kółka transportowe z czego min 2 obrotowe o 360° | TAK |  |  |  |  |
|  | Średnica tylnych kółek min 150 mm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu | TAK |  |  |  |  |
|  | Hamulce na przednich kółkach | TAK |  |  |  |  |
|  | Wyposażone w min 3 pasy zabezpieczające umożliwiające szybkie ich rozpięcie | TAK |  |  |  |  |
|  | Waga max 15 kg | TAK |  |  |  |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min 180 kg | TAK |  |  |  |  |
| **VIII. Nosze płachtowe z kieszenią na nogi** |  | ------- |  |  |  |
|  | Nosze płachtowe z kieszenią na nogi do ewakuacji osób poszkodowanych. Wyposażone w 8 wzmocnionych ergonomicznych uchwytów, umożliwiających pewny chwyt i wygodne trzymanie podczas przenoszenia. Wykonane z materiału PLAN, umożliwiającego łatwiejsze trzymanie w czystości i dezynfekcję. Kolor czerwony.Wymiary min. 80X200obciążenie min.150 kg, zgodność z normą EN1865 lub równoważnąPodać markę, model i rok produkcji min. 2023 | Tak podać |  |  |  |  |

\*Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie pozycje w kolumnie nr 4 ze względu na konieczność ustalenia zgodności treści oferty ze specyfikacją warunków zamówienia, tj. porównania oferowanych przez Wykonawcę parametrów z parametrami wymaganymi przez Zamawiającego. Brak wypełnienia przez Wykonawcę wymaganej przez Zamawiającego kolumny 4 w formularzu ofertowym spowoduje, że treść oferty nie będzie odpowiadała treści specyfikacji warunków zamówienia, co skutkuje odrzuceniem oferty na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp.

Oświadczam/y, że:

1. Zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty.
2. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres określony zapisami specyfikacji.
3. Zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy (załącznik nr 5 SWZ) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na niżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Akceptujemy warunki płatności zawarte we wzorze umowy. Nr rachunku bankowego Wykonawcy...................................................................................... Numer rachunku bankowego jest zgodny z rejestrem Szefa Krajowej Administracji Skarbowej .
5. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).
6. **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 w niniejszym postępowaniu.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ...........................................

2. ...........................................

……………………….……...........……………………

 (podpisy osoby/osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionych do występowania w obrocie prawnym,

reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń

woli w jego imieniu)

1. Zgodnie z zaleceniem Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczącym definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36):

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami
i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-1)