**Załącznik nr 3**

**Zestawienie ocenianych parametrów technicznych (punktowanych/nie wymaganych)**

**Pozycje tak/nie i opis oferowanych parametrów wypełnia Wykonawca**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry punktowane** | **TAK/NIE**  **(określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| **1.** | Silnik o mocy powyżej 185 KM i maksymalnym momencie obrotowym min. 430 Nm | Tak - 10 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **2.** | Asystent martwego punktu pomagający unikać wypadków (rozpoznaje pojazdy w martwym punkcie i ostrzega kierowcę sygnałami wizualnymi i dźwiękowymi) | Tak - 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **3.** | Przeniesienie napędu – 4x4 | Tak - 10 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **4.** | Przesuw fotela u wezgłowia noszy dostępny w każdym momencie eksploatacji (również w trakcie jazdy ambulansu, przy zapiętym bezwładnościowym pasie bezpieczeństwa przez osobę siedzącą na przesuwanym fotelu). Dodatkowy przycisk zwalniający przesuw znajdujący się przy przesuwnych drzwiach pomiędzy kabiną kierowcy a przedziałem medycznym, ułatwiający przesuwanie fotela w trakcie przechodzenia z przedziału medycznego do kabiny kierowcy | Tak - 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **5** | Średnica kółek transportera noszy co najmniej 200mm | Tak - 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **6** | Szyber dach przystosowany do pełnienia funkcji wyjścia ewakuacyjnego o min. wymiarach 900x500mm | Tak - 3 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| **7** | Dodatkowe szufladki po półkami sufitowymi na lewej ścianie na drobny sprzęt medyczny | Tak - 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |

Upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy

…………………………………………… ………………………………………………

(miejscowość i data) (pieczęć i podpis)