

|  |
| --- |
| **CADRE DE REPONSE TECHNIQUE** |

**FOURNITURE ET AMENAGEMENT DE VEHICULES MEDICALISES LEGERS DESTINES**

**AU SAMU-SMUR DE CERTAINS ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU G.H.T. TERRITOIRES D’AUVERGNE**

**LOT N° 1 - ACQUISITION DE VEHICULES MEDICALISES LEGERS POUR LE SAMU-SMUR DU CHU DE CLERMONT-FERRAND**

**VEHICULE**

|  | **REPONSE DU FOURNISSEUR** |
| --- | --- |
| Indiquer le modèle et le constructeur du véhicule proposé. |  |
| Indiquer le nombre de places. |  |
| Indiquer la disposition des places avec plans. |  |
| Décrire l’architecture du véhicule proposé en précisant la nature des ouvrants. |  |
| **Fournir des plans explicatifs avec dimensions** | |
| Indiquer la motorisation et la puissance du moteur en CV. |  |
| Indiquer le rejet du véhicule en CO2 (g/km). |  |
| Indiquer la consommation normalisée (constructeur - L/100 km). |  |
| Indiquer la consommation mixte  (constructeur - L/100 km). |  |
| Indiquer la consommation urbaine  (constructeur - L/100 km). |  |
| Indiquer la consommation extra-urbaine (constructeur - L/100 km). |  |
| Indiquer la Vignette Critère Environnemental. |  |
| Préciser et décrire les équipements électriques à l’intérieur du véhicule. |  |
| Indiquer le type de boite de vitesse. |  |
| Indiquer la charge utile du véhicule proposé. |  |
| Préciser et décrire le type de suspension. |  |
| Indiquer les dimensions extérieures hors tout du véhicule. |  |
| Indiquer les dimensions intérieures disponibles du véhicule. |  |
| Indiquer le RAL de la carrosserie extérieure du véhicule. |  |
| Décrire toutes les assistances à la conduite de base et en option sur le véhicule. |  |
| Indiquer les dimensions du coffre permettant les aménagements demandés. |  |
| **(coffre et photos en annexe)** | |
| Décrire précisément le revêtement intérieur pour les sols et / ou moquette. |  |
| Indiquer la durée de la garantie du véhicule (hors extension). |  |
| Indiquer le nombre de kilomètres couvert par la garantie du véhicule (hors extension). |  |
| Expliquer le périmètre de la garantie du véhicule (hors extension). |  |
| Indiquer les exclusions de la garantie du véhicule (hors extension). |  |
| Indiquer qui sont les intervenants dans le cadre de la garantie du véhicule avec leurs adresses et leurs coordonnées complètes. |  |
| **Joindre obligatoirement les contrats de garantie du véhicule** | |
| Décrire précisément l’ensemble des révisons concernant l’entretien du véhicule dans le cadre d’un usage intensif « SAMU » ainsi que leurs fréquences. |  |
| Indiquer les coordonnées complètes des intervenants dans le cadre de l’entretien du véhicule. |  |
| Préciser les équipements pneumatiques (Dimensions). |  |
| Autres informations que le candidat juge pertinentes et souhaite porter à l’attention de l’acheteur. |  |

**AMENAGEMENT INTERIEUR**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **REPONSE DU FOURNISSEUR** |
| Indiquer le nom et l’adresse de l'aménageur. |  |
| Décrire le balisage du véhicule. |  |
| Décrire précisément la signalisation lumineuse et sonore du véhicule. |  |
| Décrire les équipements électriques. |  |
| Décrire le pré-équipement téléphonie. |  |
| Décrire le mobilier et les plan d’aménagement. |  |
| Indiquer la durée de la garantie de l’aménagement. |  |
| Expliquer le périmètre de la garantie de l’aménagement. |  |
| Indiquer les exclusions de la garantie de l’aménagement. |  |
| Indiquer qui sont les intervenants dans le cadre de la garantie de l’aménagement avec leurs coordonnées complètes. |  |
| **Joindre obligatoirement les contrats de garantie de l’aménagement** | |
| Décrire précisément l’ensemble des révisons concernant l’entretien et la maintenance de l’aménagement. |  |
| Indiquer les coordonnées complètes des intervenants dans le cadre de l’entretien et de la maintenance de l’aménagement. |  |
| Autres informations que le candidat juge pertinentes et souhaite porter à l’attention de l’acheteur. |  |

**DELAI DE LIVRAISON**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **REPONSE DU FOURNISSEUR** |
| Indiquer le délai de livraison **total** du véhicule aménagé et entièrement équipé au CHU de Clermont-Ferrand à date de réception de commande. |  |

**PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES EVENTUELLES FACULTATIVES**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **REPONSE DU FOURNISSEUR** |
| Indiquer la durée de l’extension de garantie du véhicule. |  |
| Indiquer le kilométrage couvert par l’extension de garantie du véhicule. |  |
| Expliquer le périmètre de l’extension de garantie du véhicule. |  |
| Indiquer les exclusions de l’extension de garantie du véhicule. |  |
| Indiquer qui sont les intervenants dans le cadre de l’extension de garantie du véhicule avec leurs adresses et leurs coordonnées complètes. |  |
| **Joindre le contrat d’extension de garantie du véhicule** | |
| Indiquer la durée du contrat de maintenance du véhicule. |  |
| Indiquer le kilométrage couvert par le contrat de maintenance du véhicule. |  |
| Expliquer le périmètre du contrat de maintenance du véhicule. |  |
| Expliquer les exclusions du contrat de maintenance du véhicule. |  |
| Indiquer qui sont les intervenants dans le cadre du contrat de maintenance du véhicule avec leurs adresses et leurs coordonnées complètes. |  |
| **Joindre le contrat de maintenance du véhicule** | |
| Autres informations que le candidat juge pertinentes et souhaite porter à l’attention de l’acheteur. |  |