

RETURN BIDS TO:
RETOURNER LES SOUMISSIONS À:
Travaux publics et Services gouvernementaux
Canada
Place Bonaventure, portail Sud-Est
800, rue de La Gauchetière Ouest
7^{ème} étage
Montréal
Québec
H5A 1L6
FAX pour soumissions: (514) 496-3822

Revision to a Request for a Standing Offer

Révision à une demande d'offre à commandes

Regional Individual Standing Offer (RISO)

Offre à commandes individuelle régionale (OCIR)

The referenced document is hereby revised; unless otherwise indicated, all other terms and conditions of the Offer remain the same.

Ce document est par la présente révisé; sauf indication contraire, les modalités de l'offre demeurent les mêmes.

Comments - Commentaires

Modifications des exigences obligatoires
/
Modification of mandatory criteria

Vendor/Firm Name and Address

Raison sociale et adresse du
fournisseur/de l'entrepreneur

Issuing Office - Bureau de distribution

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
Place Bonaventure, portail Sud-Est
800, rue de La Gauchetière Ouest
7^{ème} étage
Montréal
Québec
H5A 1L6

Title - Sujet Service de laboratoire dentaire		
Solicitation No. - N° de l'invitation 21301-137847/A		Date 2013-03-26
Client Reference No. - N° de référence du client 21301-13-7847		Amendment No. - N° modif. 003
File No. - N° de dossier MTA-2-35317 (560)	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME	
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$MTA-560-12271		
Date of Original Request for Standing Offer Date de la demande de l'offre à commandes originale		2013-02-15
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2013-04-04		Time Zone Fuseau horaire Heure Normale du l'Est HNE
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Ghali, Camille		Buyer Id - Id de l'acheteur mta560
Telephone No. - N° de téléphone (514) 496-3871 ()	FAX No. - N° de FAX (514) 496-3822	
Delivery Required - Livraison exigée		
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction:		
Security - Sécurité This revision does not change the security requirements of the Offer. Cette révision ne change pas les besoins en matière de sécurité de la présente offre.		

Instructions: See Herein

Instructions: Voir aux présentes

Acknowledgement copy required Accusé de réception requis	Yes - Oui <input type="checkbox"/>	No - Non <input type="checkbox"/>
The Offeror hereby acknowledges this revision to its Offer. Le proposant constate, par la présente, cette révision à son offre.		
Signature	Date	
Name and title of person authorized to sign on behalf of offeror. (type or print) Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du proposant. (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)		
For the Minister - Pour le Ministre		

Solicitation No. - N° de l'invitation
21301-137847/A
Client Ref. No. - N° de réf. du client
21301-13-7847

Amd. No. - N° de la modif.
003
File No. - N° du dossier
MTA-2-35317

Buyer ID - Id de l'acheteur
mta560
CCC No./N° CCC - FMS No/ N° VME

APPORTER À L'INVITATION CI-DESSUS MENTIONNÉE LA MODIFICATION
SUIVANTE:

Annexe B

Fixation des prix

- A) **PÉRIODE:** Deux ans fermes, à partir de la date d'octroi
B) **1ère année d'option à la fin de la période initiale de 2 ans**
C) **2ème année d'option à la fin de la 1ère année d'option**

SUPPRIMER:

<u>TYPE DE TRAVAIL</u>	<u>TARIF UNITAIRE</u>	<u>TOTAL ANNUEL (tarif unitaire X estimé)</u>
Prothèse dentaire complète du haut et du bas. <i>Estimé annuel : 255 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
Prothèse partielle. <i>Estimé annuel : 555 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
Réparation standard (bris, craque, dent popout).	\$ _____	\$ _____
Réparation ajout de structure (ajout de dent, crochet, etc...).	\$ _____	
Rebasage, regarnissage.	\$ _____	
<i>Estimé annuel pour les réparations: 50 demandes.</i>		
Night guard, plaque de bruxisme. <i>Estimé annuel : 20 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
		GRAND TOTAL ANNUEL :
		\$ _____

Solicitation No. - N° de l'invitation
21301-137847/A
Client Ref. No. - N° de réf. du client
21301-13-7847

Amd. No. - N° de la modif.
003
File No. - N° du dossier
MTA-2-35317

Buyer ID - Id de l'acheteur
mta560
CCC No./N° CCC - FMS No/ N° VME

INSÉRER:

<u>TYPE DE TRAVAIL</u>	<u>TARIF UNITAIRE</u>	<u>TOTAL ANNUEL (tarif unitaire X estimé)</u>
Prothèse dentaire complète du haut <u>ET</u> du bas. <i>Estimé annuel : 128 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
Prothèse dentaire complète du haut <u>OU</u> du bas. <i>Estimé annuel : 127 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
Prothèse partielle. <i>Estimé annuel : 555 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
Réparation standard (bris, craque, dent popout).	\$ _____	\$ _____
Réparation ajout de structure (ajout de dent, crochet, etc...).	\$ _____	
Rebasage, regarnissage. <i>Estimé annuel pour les réparations: 50 demandes.</i>	\$ _____	
Night guard, plaque de bruxisme. <i>Estimé annuel : 20 demandes.</i>	\$ _____	\$ _____
		GRAND TOTAL ANNUEL :
		\$ _____

Tous les autres termes et conditions demeurent inchangés.