

RETURN BIDS TO:
RETOURNER LES SOUMISSIONS À:
Bid Receiving - PWGSC / Réception des soumissions -
TPSGC
11 Laurier St. / 11, rue Laurier
Place du Portage , Phase III
Core 0A1 / Noyau 0A1
Gatineau, Québec K1A 0S5
Bid Fax: (819) 997-9776

SOLICITATION AMENDMENT
MODIFICATION DE L'INVITATION

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

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

Comments - Commentaires

Vendor/Firm Name and Address
Raison sociale et adresse du
fournisseur/de l'entrepreneur

Issuing Office - Bureau de distribution
Training and Specialized Services Division/Division de
la formation et des services spécialisés
11 Laurier St. / 11, rue Laurier
10C1, Place du Portage
Gatineau, Québec K1A 0S5

Title - Sujet MEDICAL EXPERT PROFESSIONAL SERVICE	
Solicitation No. - N° de l'invitation A0318-120011/A	Amendment No. - N° modif. 001
Client Reference No. - N° de référence du client A0318-120011	Date 2013-04-08
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$ZH-124-25606	
File No. - N° de dossier 124zh.A0318-120011	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2013-04-17	Time Zone Fuseau horaire Eastern Daylight Saving Time EDT
F.O.B. - F.A.B. Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input type="checkbox"/> Other-Autre: <input type="checkbox"/>	
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Bouchard, Suzy	Buyer Id - Id de l'acheteur 124zh
Telephone No. - N° de téléphone (819) 956-1666 ()	FAX No. - N° de FAX () -
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction:	

Instructions: See Herein

Instructions: Voir aux présentes

Delivery Required - Livraison exigée	Delivery Offered - Livraison proposée
Vendor/Firm Name and Address Raison sociale et adresse du fournisseur/de l'entrepreneur	
Telephone No. - N° de téléphone Facsimile No. - N° de télécopieur	
Name and title of person authorized to sign on behalf of Vendor/Firm (type or print) Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du fournisseur/ de l'entrepreneur (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)	
Signature	Date

Solicitation No. - N° de l'invitation

A0318-120011/A

Amd. No. - N° de la modif.

001

Buyer ID - Id de l'acheteur

124zh

Client Ref. No. - N° de réf. du client

A0318-120011

File No. - N° du dossier

124zhA0318-120011

CCC No./N° CCC - FMS No/ N° VME

Amendment No. 001 Medical Assessment Services

The purpose of this amendment is to provide answer to a question relating to this Solicitation as detailed below.

QUESTIONS AND ANSWERS

Set 1 of Questions and Answers

Q1. At Attachment 2 to Part 4 – Suggested Response Template: The Suggested Response Template lists Physiatrist and Rehabilitation Medicine as separate specialties. Can you please clarify which medical discipline(s) you consider included as “Rehabilitation Medicine”?

A1. Medical disciplines to include in Rehabilitation Medicine are:

- Physical Therapy;
- Speech Pathology and Audiology; and
- Occupational Therapy.

ALL OTHER TERMS AND CONDITIONS OF THIS SOLICITATION REMAIN UNCHANGED