

**RETURN BIDS TO:**  
**RETOURNER LES SOUMISSIONS À:**  
Bid Receiving Public Works and Government  
Services Canada/Réception des soumissions Travaux  
publics et Services gouvernementaux Canada  
Pacific Region  
800 Burrard Street, 12th Floor  
800, rue Burrard, 12e étage  
Vancouver, B. C.  
V6Z 2V8  
Bid Fax: (604) 775-7526

## 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  
Public Works and Government Services Canada -  
Pacific Region  
800 Burrard Street, 12th Floor  
800, rue Burrard, 12e étage  
Vancouver, BC V6Z 2V8

<b>Title - Sujet</b> Dental Services	
<b>Solicitation No. - N° de l'invitation</b> 21807-130002/A	<b>Amendment No. - N° modif.</b> 001
<b>Client Reference No. - N° de référence du client</b> 21807-130002	<b>Date</b> 2012-09-21
<b>GETS Reference No. - N° de référence de SEAG</b> PW-\$XSB-005-6778	
<b>File No. - N° de dossier</b> XSB-2-35083 (005)	<b>CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME</b>
<b>Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2012-10-02</b>	<b>Time Zone</b> Fuseau horaire Pacific Daylight Saving Time PDT
<b>F.O.B. - F.A.B.</b> <b>Plant-Usine:</b> <input type="checkbox"/> <b>Destination:</b> <input type="checkbox"/> <b>Other-Autre:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à:</b> Armstrong, Wendy	<b>Buyer Id - Id de l'acheteur</b> xsb005
<b>Telephone No. - N° de téléphone</b> (604) 775-7691 ( )	<b>FAX No. - N° de FAX</b> (604) 775-7526
<b>Destination - of Goods, Services, and Construction:</b> <b>Destination - des biens, services et construction:</b>	

Instructions: See Herein

Instructions: Voir aux présentes

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

---

**MODIFICATION N° 1**

**Under:**           **ANNEX “D” Assurance**

**Delete:**           In its entirety

**Insert:**           **D1       Assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales**

1.       L'entrepreneur doit souscrire et maintenir pendant toute la durée du contrat une police d'assurance responsabilité contre les fautes professionnelles médicales d'un montant équivalent à celui habituellement fixé pour un contrat de cette nature; toutefois, la limite de responsabilité ne doit pas être inférieure à 1 000 000 \$ par accident ou par incident et suivant le total annuel, y compris les frais de défense.
2.       La couverture est sur la base des réclamations découlant de services médicaux ou du défaut d'assurer des services médicaux qui ont pour conséquences des blessures, des préjudices psychologiques, des maladies ou le décès de toute personne en raison d'un acte de négligence, d'erreurs ou d'omissions commises par l'entrepreneur lors de ses activités professionnelles ou dans le cadre des lois du bon samaritain.
3.       S'il s'agit d'une police sur la base des réclamations, la couverture doit être valide pour une période minimale de douze (12) mois suivant la fin ou la résiliation du contrat.
4.       Avis d'annulation : L'assureur s'efforcera de donner à l'autorité contractante un avis écrit de trente (30) jours en cas d'annulation de la police.

Toutes les autres modalités et conditions demeurent inchangées.