

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
Drugs, Vaccines and Biologics Division/Div.des
produits pharmaceutiques,biologiques et de vaccins
11 Laurier St. / 11, rue Laurier
6B3, Place du Portage III
Gatineau
Quebec
K1A 0S5

Title - Sujet Meningococcal Quadrivalent Vaccine		
Solicitation No. - N° de l'invitation E60PH-14MENQ/A		Amendment No. - N° modif. 003
Client Reference No. - N° de référence du client E60PH-14MENQ		Date 2014-01-15
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$SPH-884-64180		
File No. - N° de dossier ph884.E60PH-14MENQ	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME	
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2014-01-23		Time Zone Fuseau horaire Eastern Standard Time EST
F.O.B. - F.A.B. Specified Herein - Précisé dans les présentes Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input type="checkbox"/> Other-Autre: <input checked="" type="checkbox"/>		
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Joy(ph884), Sharon		Buyer Id - Id de l'acheteur ph884
Telephone No. - N° de téléphone (819) 956-6510 ()		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

Modification 003 est émise pour modifier la liste des Utilisateurs Désignés:

A l'annexe C, s.v.p:

Supprimer: en entier

Insérer: Annexe C attaché

Jurisdiction	Shipping	Jurisdiction	Shipping
Department of National Defence	Various authorized users. Refer to orders.	Newfoundland/Labrador	St. John's, NL
Health Canada Alberta	Edmonton, AB	Northwest Territories - Stanton Territorial Hospital	Yellowknife, NT
		Northwest Territories - Inuvik Regional Hospital	Inuvik, NT
		Northwest Territories - Yellowknife Public Health Unit	Yellowknife, NT
Health Canada Ottawa	Ottawa, On K1A 0K9	Nova Scotia	Dartmouth NS
Alberta	Fort Saskatchewan, Alberta	Nunavut - Baffin Region	Iqaluit, NU
		Nunavut - Kitikmeot Region	Cambridge Bay, NU
		Nunavut - Kivalliq Region	Rankin Inlet, NU
British Columbia	Vancouver, BC	Ontario	Concord, Ontario
Manitoba	Winnipeg, MB	Prince Edward Island	Charlottetown, PEI
New Brunswick	Saint John, NB	Saskatchewan	Regina, SK
		Yukon	Whitehorse, YT

Toutes les autres directives et modalités demeurent inchangés.