

RETURN BIDS TO:
RETOURNER LES SOUMISSIONS À:
Public Works Government Services Canada- Bid
Receiving / Réception des soumissions
189 Prince William Street
Room 405
Saint John
New Brunswick
E2L 2B9

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 Government Services Canada- Bid
Receiving / Réception des soumissions
189 Prince William Street
Room 405
Saint John
New Bruns
E2L 2B9

Title - Sujet Medical Advisory Services	
Solicitation No. - N° de l'invitation 51019-145028/A	Amendment No. - N° modif. 002
Client Reference No. - N° de référence du client 51019-145028	Date 2014-09-24
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$PWB-007-3471	
File No. - N° de dossier PWB-4-37010 (007)	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2014-09-30	
Time Zone Fuseau horaire Atlantic Daylight Saving Time ADT	
F.O.B. - F.A.B. Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input checked="" type="checkbox"/> Other-Autre: <input type="checkbox"/>	
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Ellis-Herring , Alison PWB	Buyer Id - Id de l'acheteur pwb007
Telephone No. - N° de téléphone (506) 636-3908 ()	FAX No. - N° de FAX (506) 636-4376
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

Cette modification de l'invitation numéro deux (2) est soumise et comprend la modification numéro deux (2) suivante.

La modification qui suit apportée aux documents de soumission entre en vigueur dès maintenant. L'addenda fera partie des documents de contrat.

Toutes autres conditions ne changent pas.

Addenda 2

Annexe C - Critères d'évaluation technique

Numéro 3:

SUPPRIMER:

Au cours des cinq (5) dernières années, le médecin proposé doit avoir acquis une expérience clinique confirmée de l'examen et de la prise en charge de patients souffrant d'au moins deux (2) des cinq (5) affections suivantes:

- a. Problèmes musculosquelettiques;
- b. Problèmes de santé mentale;
- c. Problèmes de santé complexes ou nombreux
- d. Problèmes de santé gériatriques
- e. Douleur chronique

ET LE REMPLACER AVEC:

Au cours des cinq (5) dernières années, le médecin proposé doit avoir acquis une expérience clinique confirmée dans le traitement d'au moins deux (2) des cinq (5) affections suivantes:

- a. Problèmes musculosquelettiques;
- b. Problèmes de santé mentale;
- c. Problèmes de santé complexes ou nombreux
- d. Problèmes de santé gériatriques
- e. Douleur chronique