

**Annexe B**

**Modalités de paiement (Feuille de proposition)**

<b>DESCRIPTION</b>	<b>TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS (en \$ can.)</b>	<b>Nombre approximatif d'heures requises</b>	<b>Total (en \$ can.)</b>
	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C= A x B</b>
<b>Services de physiothérapie Période initiale du contrat 1er octobre 2015 – 31 mars 2016</b>	_____ \$	36 heures	_____ \$
<b>Services de physiothérapie 1ère période d'option 1er avril 2016 – 31 mars 2017</b>	_____ \$	72 heures	_____ \$
<b>Services de physiothérapie 2e période d'option 1er avril 2017 – 31 mars, 2018</b>	_____ \$	72 heures	_____ \$
<b>TOTAL</b>			_____ \$

Les factures mensuelles doivent être acheminées en deux exemplaires au :

Chef du Service de santé  
Établissement Atlantique  
13175 Route 8  
C.P. 102  
Renous (N-B) E9E 2E1