



RETURN BIDS TO:

RETOURNER LES SOUMISSIONS À:

Public Works and Government Services / Travaux
publics et services gouvernementaux
Kingston Procurement
Des Acquisitions Kingston
86 Clarence Street, 2nd floor
Kingston
Ontario
K7L 1X3
Bid Fax: (613) 545-8067

**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 / Travaux
publics et services gouvernementaux
Kingston Procurement
Des Acquisitions Kingston
86 Clarence Street, 2nd floor
Kingston
Ontario
K7L 1X3

Title - Sujet Medical Examiner	
Solicitation No. - N° de l'invitation 51019-164001/A	Amendment No. - N° modif. 001
Client Reference No. - N° de référence du client 51019-16-4001	Date 2016-05-30
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$KIN-620-6904	
File No. - N° de dossier KIN-5-44263 (620)	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2016-06-15	
Time Zone Fuseau horaire Eastern Daylight Saving Time EDT	
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: Porter, Marta M.	Buyer Id - Id de l'acheteur kin620
Telephone No. - N° de téléphone (613) 483-6084 ()	FAX No. - N° de FAX (613) 545-8067
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
51019-164001/A
Client Ref. No. - N° de réf. du client
51019-16-4001

Amd. No. - N° de la modif.
001
File No. - N° du dossier
KIN-5-44263

Buyer ID - Id de l'acheteur
kin620
CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME

La modification 001, médecin légiste, est soulevée de manière à modifier la date de clôture de la demande comme suit :

Référence : Date/heure de clôture
Supprimer : la totalité de l'entrée
Insérez : Date/heure de clôture

La réception des soumissions prend fin le 15 juin, 2016 À 14 h

TOUTES LES AUTRES CONDITIONS DE CETTE DEMANDE DE SOUMISSIONS DEMEURENT INCHANGÉES.