



**RETURN BIDS TO:**  
**RETOURNER LES SOUMISSIONS À:**  
PWGSC/TPSGC Acquisitions  
1045 Main Street  
1st Floor, Lobby C  
Unit 108  
Moncton, NB E1C 1H1  
Bid Fax: (506) 851-6759

**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**

This document contains a security requirement.

**Vendor/Firm Name and Address**

Raison sociale et adresse du  
fournisseur/de l'entrepreneur

**Issuing Office - Bureau de distribution**

NB / PEI Division - Moncton Acquisitions Office  
1045 Main Street  
1st Floor, Lobby C  
Unit 108  
Moncton, NB E1C 1H1

<b>Title - Sujet</b> Services de consultant médical	
<b>Solicitation No. - N° de l'invitation</b> 51019-161003/A	<b>Amendment No. - N° modif.</b> 001
<b>Client Reference No. - N° de référence du client</b> 51019-161003	<b>Date</b> 2016-10-25
<b>GETS Reference No. - N° de référence de SEAG</b> PW-\$MCT-011-5212	
<b>File No. - N° de dossier</b> MCT-6-39039 (011)	<b>CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME</b>
<b>Solicitation Closes - L'invitation prend fin</b> <b>at - à 02:00 PM</b> <b>on - le 2016-11-03</b>	
<b>Time Zone</b> Fuseau horaire Atlantic Daylight Saving Time ADT	
<b>F.O.B. - F.A.B. Specified Herein - Précisé dans les présentes</b>	
<b>Plant-Usine:</b> <input type="checkbox"/> <b>Destination:</b> <input type="checkbox"/> <b>Other-Autre:</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à:</b> Sharpe, Charlene A.	<b>Buyer Id - Id de l'acheteur</b> mct011
<b>Telephone No. - N° de téléphone</b> (506) 851-3467 ( )	<b>FAX No. - N° de FAX</b> (506) 851-6759
<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</b> <b>(type or print)</b> <b>Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du fournisseur/</b> <b>de l'entrepreneur (taper ou écrire en caractères d'imprimerie)</b>	
<b>Signature</b>	<b>Date</b>

## **Modification à l'invitation à soumissionner**

### **Titre : Services de consultant médical**

Modification No **001** à l'invitation à soumissionner

Cette invitation à soumissionner est par la prêle modifiée afin de fournir les questions et réponses suivantes :

**Q1. Les services requis dans le cadre de la demande de soumissions susmentionnée sont-ils fournis à l'heure actuelle ou ont-ils déjà été fournis? Dans l'affirmative, veuillez indiquer comment ces services ont été fournis (p. ex. un employé direct ou nommé pour une période déterminée, un marché de services personnels, ou des services de sous-traitance par l'entremise d'une entreprise). Si les services ont été obtenus auprès d'une entreprise, veuillez fournir le nom de l'entrepreneur, ainsi que la durée et le montant du ou des contrats.**

R1. Les services ont été fournis par le médecin traitant d'un employé et ce médecin est aujourd'hui retraité.

**Q2. Veuillez-vous reporter à la section 6.1 Services prévus, à la page 22 de la DP : L'État peut-il préciser le nombre d'heures requises par jour de travail?**

R2. Il s'agit de 7.5 heures par jour.

**Q3. Veuillez-vous reporter à l'annexe E – Critères d'évaluation, section 3 : Le médecin proposé doit posséder au moins deux (2) années d'expérience de collaboration avec des professionnels du domaine de la santé et d'autres domaines pour la prestation de soins de santé aux clients, et cette expérience doit avoir été acquise au cours des cinq (5) dernières années. L'État peut-il préciser ce que l'on entend par un professionnel d'un autre domaine (un professionnel non issu du domaine de la santé)?**

R3. Les professionnels d'autres domaines peuvent notamment inclure des gestionnaires de cas, des travailleurs sociaux et des officiers militaires. Un réceptionniste médical ne fait pas partie de ces professionnels.

**Q4. L'État pourrait-il confirmer si tout le matériel de diagnostic et toutes les fournitures médicales seront fournis au bureau de Pembroke?**

R4. Toutes les fournitures médicales seront fournies. Le matériel de diagnostic ne sera pas nécessaire, étant donné que le diagnostic ne fait pas partie de la portée des travaux.

**Q5. L'État pourrait-il préciser l'ampleur des déplacements requis, c.-à-d. la zone géographique? Dans les limites de l'Ontario?**

R5. Peu de déplacements seront requis. Ils seront effectués principalement en Ontario, mais pas exclusivement. Par exemple, une formation pourrait avoir lieu à Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard).

N° de l'invitation - Solicitation No.  
51019-161003/A  
N° de réf. du client - Client Ref. No.  
51019-161003

N° de la modif - Amd. No.  
001  
File No. - N° du dossier  
MCT-6-39039

Id de l'acheteur - Buyer ID  
mct011  
N° CCC / CCC No./ N° VME - FMS

---

## **ET**

- (1) Référence : **Page 11 de 33, Article 5.1.3.4 Indemnisation des accidents du travail – lettre d’attestation**  
**SUPPRIMER** : Article 5.1.3.4 Indemnisation des accidents du travail – lettre d’attestation entièrement.
- (2) Référence : **Page 17 de 33, Article 7.9.2 Clauses du Guide des CCUA**  
**SUPPRIMER** : « A0285C, Indemnisation des accidents du travail, 2007/05/25 ».

Si vous avez déjà envoyé votre soumission et que vous désirez la modifier, veuillez nous faire parvenir cette modification soit dans une enveloppe scellée par la poste à l'adresse ci-dessus, ou par télécopieur (506) 851-6759 en veillant à ce qu'elle parvienne à la personne soussignée avant la date de clôture en vigueur. Le numéro de la demande de soumission et la date de clôture en vigueur doivent figurer à l'extérieur de l'enveloppe scellée ou sur le message transmis par télécopieur.

Toutes les autres conditions de l'invitation à soumissionner demeurent inchangées.

Toute question relative à cette modification doivent être adressées à :

Nom: Charlene Sharpe  
N° de téléphone: (506) 851-3467  
N° de télécopieur: (506) 851-6759

*(Derived from - Provenant de: XNB025D, 23/01/2008 )*