

SANTÉ CANADA (SC)	
Autorisation de tâches (AT)	
Demande ordinaire ou planifiée <input type="checkbox"/> Réponse de l'entrepreneur requise au plus tard le (JJ/MM/AAAA) à (heures).	Demande urgente <input type="checkbox"/> Accusé de réception de l'AT par l'entrepreneur : dans les 1 heure Réponse de l'entrepreneur : dans les 4 heures.
N° du contrat :	N° de BC : N° d'autorisation de tâches : N° de modification :
Nom de l'entrepreneur : Adresse électronique : Tél. : Télec. :	Contact pour l'autorisation de tâches : Adresse électronique : AgencyNursesServices_Servicedinfirmieresdages@hc-sc.gc.ca Tél. : Télec. :
Envoyé à l'entrepreneur par courrier ^[1] Date : JJ MM AAAA Heure :	Durée de l'autorisation de tâches ^[1] : Du JJ mois AAAA au JJ mois AAAA
Début de l'autorisation de tâches : Les travaux ne peuvent être entrepris tant que l'autorisation de tâches n'a pas été approuvée conformément au contrat.	
Description/spécifications régionales : Les frais de déplacement sont approuvés à partir des centres de transport désignés de Santé Canada. Les besoins de l'AT sont d'une infirmière pour le lieu de service susmentionné, à moins qu'une infirmière de remplacement soit proposée et acceptée par SC.	
Durée du service ^[2] : Du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)	
Emplacement de la communauté et numéro de téléphone : (coordonnées du poste de soins infirmiers, en cas de retards dans les transports, d'intempéries, etc.)	
Instructions supplémentaires : Cette tâche comprend des exigences relatives à la sécurité. Voir la Liste de vérification des exigences relatives à la sécurité (LVERS) dans le contrat.	

COÛT DE LA TÂCHE			
			Sous-total (hors taxes applicables)
Services infirmiers (GL 54506)			\$
Frais d'annulation	(GL 54506)	jours \$	100.00
Temps de déplacement (tarif fixe) (GL 54506)		2.0 \$	150.00
Temps de déplacement (en transit) (GL 54506)		heures	\$ 300.00
SOUS-TOTAL DES COÛTS (hors taxes applicables)			\$ 300.00
Taxes applicables (préciser le %)			
Frais de déplacement et frais divers	Frais de déplacement (à autoriser)		
	Avion (GL 52510) Taxi (GL 52514)		
TOTAL GÉNÉRAL - Limite des dépenses pour l'AT (taxes applicables incluses)			\$ 600.00

^[1] Si la période de service est prolongée pour des raisons d'urgence, la durée de l'AT sera automatiquement prolongée d'une période maximale de 5 jours ouvrables pour permettre la modification de l'AT.

^[2] Doit être comprise entre la date de début et la date d'expiration de l'AT.

À REMPLIR PAR L'ENTREPRENEUR	
Confirmation de l'infirmière contractuelle affectée à la tâche :	
1. Nom de l'infirmière contractuelle :	
· Information et documents nécessaires à l'évaluation de l'infirmière contractuelle	<input type="checkbox"/>
Joint au formulaire de l'AT <input type="checkbox"/> Déjà fournis	
· Cote de sécurité :	
· Renseignements relatifs à l'autorisation de sécurité :	
· Copie de l'itinéraire détaillé, lorsqu'un déplacement est requis.	<input type="checkbox"/>
2. Nom de l'infirmière contractuelle de remplacement :	
· Information et documents nécessaires à l'évaluation de l'infirmière contractuelle	<input type="checkbox"/>
Joint au formulaire de l'AT <input type="checkbox"/> Déjà fournis	
· Cote de sécurité :	
· Renseignements relatifs à l'autorisation de sécurité :	
· Copie de l'itinéraire détaillé, lorsqu'un déplacement est requis.	<input type="checkbox"/>

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits précise qu'une infirmière qui a voyagé ou travaillé dans un pays d'Afrique de l'Ouest où il est reconnu que sévit la transmission de la maladie à virus Ebola (MVE), localisée ou généralisée et intense, doit s'abstenir d'entrer dans une communauté des Premières nations pendant une période de 21 jours après son retour au Canada sans qu'elle manifeste des signes et symptômes compatibles avec la MVE.

L'entrepreneur a confirmé que la ou les personnes susmentionnées sont au courant de cette stipulation et qu'elles s'y sont conformées.

OUI NON

NOTA : Santé Canada n'acceptera pas la ou les personnes qui ne se conforment pas à la stipulation susmentionnée.

Confirmation du coordonnateur des urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 affecté à la tâche :

Coordonnateurs

Coordonnateur principal : (Inscrire le nom et le numéro de téléphone de la personne affectée aux urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, tels qu'ils figurent dans le contrat.)

Oui Non

Coordonnateur de réserve : (Inscrire le nom et le numéro de téléphone de la personne affectée aux urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, tels qu'ils figurent dans le contrat.)

Oui Non

APPROBATION DE L'AT

Confirmations de l'entrepreneur

L'entrepreneur confirme :

- que la limite des dépenses totales de l'AT (taxes applicables incluses) est : correcte incorrecte

L'entrepreneur confirme :

- que la réponse proposée est entièrement conforme non entièrement conforme

Pouvoirs de signature

Responsable de l'entrepreneur

Nom, titre et signature de la personne autorisée à signer pour le compte de l'entrepreneur (lettres moulées ou caractères d'imprimerie)

Entrepreneur (nom et titre)

Signature

Date

En signant le formulaire d'AT, l'entrepreneur accepte l'autorisation de tâches susmentionnée.

Autorité de Santé Canada

Nom, titre et signature du responsable de l'AT (lettres moulées ou caractères d'imprimerie)

SC (nom et titre)

Signature

Date

En signant le formulaire d'AT, le responsable de l'AT atteste que le contenu de la présente AT est conforme aux modalités du contrat.

SANTÉ CANADA (SC)**Autorisation de tâche (AT) pour une demande urgence de services (DSU)**

No Contrat : HT360-123541/00X/XF	No BC : _____ No d'autorisation de tâche : _____ No de modification : _____
Nom de l'entrepreneur : Courriel : Tél. : Télec. :	Contact d'autorisation de tâche : Courriel : AgencyNursesServices_Servicedinfirmieresdagens@hc-sc.gc.ca Tél. : 613-952-4486 Télec. : 613-952-4622
Transmis à l'entrepreneur : par courriel : <input type="checkbox"/> Date : JJ-MM-AAAA Heure :	Période d'autorisation de tâche : Du 2014 au 16 janvier 2015
Début de l'autorisation de tâche : Le travail ne peut pas commencer avant que l'autorisation de tâche ait été approuvée en conformité du Contrat et qu'un représentant délégué de Santé Canada ait produit une DUS .	
Instructions supplémentaires 1. Cette tâche comporte des exigences de sécurité. Consulter la liste de vérification des exigences relatives à la sécurité (LVERS) du Contrat. 2. Seul le personnel infirmier déjà évalué et accepté par Santé Canada en réponse à une AT produite à l'égard du numéro de marché ci-dessus peut être proposé pour une DUS.	

COÛT ESTIMATIF DE LA TÂCHE

	Heures de travail/frais de déplacement		Tarif horaire/prix		Total partiel (avant les taxes)
Services infirmiers (GL 54506)	Total estimatif d'heures de travail régulières/en disponibilité :	47.5			\$ -
	Total estimatif d'heures de travail en surtemps/en rappel :	90.0			\$ -
	Total estimatif d'heures de travail en disponibilité un jour férié :	-			\$ -
	Total estimatif d'heures de travail en rappel un jour férié :	-			\$ -
	Durée de déplacement (taux fixe)	2.0	\$	150.00	\$ 300.00
COÛT TOTAL PARTIEL (avant les taxes)					\$ 300.00
Taxes applicables (indiquer %)				13%	\$ 39.00
Frais de déplacement et autres	Frais de déplacement (doivent être autorisés) Air (GL 52510) Taxi (GL 52514)			\$	2,000.00

TOTAL - Limite de dépenses de l'AT (taxes incluses)	\$ 2,339.00
--	-------------

À REMPLIR PAR L'ENTREPRENEUR

Confirmation du coordonnateur **d'urgence 24/7** affecté à la tâche

Coordonneurs

Coordonnateur principal (nom et *numéro de téléphone* de la personne affectée aux *urgences disponible en tout temps* figurant dans le Contrat)

Oui

Non

Coordonnateur de réserve (nom et *numéro de téléphone* de la personne affectée aux *urgences disponible en tout temps* figurant dans le marché)

Oui

Non

APPROBATION DE L'AT

Confirmation de la limite de dépenses de l'AT par l'entrepreneur

L'entrepreneur confirme :

- que la limite de dépenses totale de l'AT

(taxes incluses) est de :

exact

inexact

1) Option 1 : AT assortie d'une limite de 200 000 \$ (taxes incluses)

Lorsque la limite financière de cette AT individuelle ne dépasse pas 200 000 \$, y compris toutes les modifications et les taxes, il faudra obtenir l'approbation des responsables suivants avant d'entreprendre les travaux requis.

Signataires autorisés

Responsable de l'entrepreneur	Entrepreneur (nom et titre)	Signature	Date
Nom, titre et signature de la personne autorisée au nom de l'entrepreneur (écrire à la machine ou en lettres moulées)			

En signant le formulaire d'AT, l'entrepreneur accepte l'autorisation des tâches susmentionnée.

Autorité de Santé Canada	SC (nom et titre)	Signature	Date
Nom, titre et signature du responsable de l'AT (écrire à la machine ou en lettres moulées)			

En signant le formulaire d'AT, le responsable de l'AT atteste que le contenu de la présente AT est conforme aux modalités du marché.

2) Option 2 : AT assortie d'une limite supérieure à 200 000 \$ (taxes incluses)

Lorsque la limite financière de cette AT individuelle dépasse 200 000 \$, y compris toutes les modifications et les taxes, il faudra obtenir l'approbation des responsables suivants avant d'entreprendre les travaux requis.

Signataires autorisés

Responsable de l'entrepreneur	Entrepreneur (nom et titre)	Signature	Date
Nom, titre et signature de la personne autorisée au nom de l'entrepreneur (écrire à la machine ou en lettres moulées)			

En signant le formulaire d'AT, l'entrepreneur accepte l'autorisation des tâches susmentionnée.

Autorité de Santé Canada	SC (nom et titre)	Signature	Date
Nom, titre et signature du responsable de l'AT (écrire à la machine ou en lettres moulées)			

En signant le formulaire d'AT, le responsable de l'AT atteste que le contenu de la présente AT est conforme aux modalités du marché.

Autorité contractante de TPSGC	TPSGC (nom et titre)	Signature	Date
Nom, titre et signature de la personne autorisée au nom de SPAC (écrire à la machine ou en lettres moulées)			

Signataire autorisé de TPSGC pour toute AT dépassent une limite de 200 000,00 \$ (modification, TPS/TVH incluses).