



RETURN BIDS TO:

RETOURNER LES SOUMISSIONS À:

Bid Receiving - PWGSC / Réception des soumissions -
TPSGC

11 Laurier St. / 11, rue Laurier

Place du Portage , Phase III

Core 0B2 / Noyau 0B2

Gatineau, Québec K1A 0S5

Bid Fax: (819) 997-9776

**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

Drugs, Vaccines and Biologics Division/Div.des
produits pharmaceutiques,biologiques et de vaccins
11 Laurier St. / 11, rue Laurier
6B3, Place du Portage III
Gatineau
Quebec
K1A 0S5

Title - Sujet HUMAN PAPILLOMA VIRUS	
Solicitation No. - N° de l'invitation E60PH-18HPVV/A	Amendment No. - N° modif. 001
Client Reference No. - N° de référence du client E60PH-18HPVV	Date 2018-05-03
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$PH-896-74776	
File No. - N° de dossier ph896.E60PH-18HPVV	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2018-05-11	
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: Baird, Christa	Buyer Id - Id de l'acheteur ph896
Telephone No. - N° de téléphone (403) 991-5231 ()	FAX No. - N° de FAX () -
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction: SEE HEREIN	

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
E60PH-18HPVV/A

Amd. No. - N de la modif.
001

Buyer ID - Id de l'acheteur
ph896

Client Ref. No. - N de rf. du client
E60PH-18HPVV

File No. - N du dossier
ph896E60PH-18HPVV

La modification à la demande de soumissions no 001 vise à fournir les questions et réponses suivantes :

- Q1.** Pouvez-vous s'il vous plait confirmer les dates de l'année d'option (dans le tableau 2)?
- R1.** Les dates mentionnées dans le deuxième tableau sont correctes.
- Q2.** Pouvez-vous confirmer les volumes de l'année d'option; les volumes ne sont pas identiques à l'année d'option dans le tableau 1 et le tableau 2?

VACCIN		Année ferme 1 1er avril 2018 au 31 mars 2019	Année option 1 (si exercée) 1er avril 2019 au 31 mars 2020	Année option 2 (si exercée) 1er avril 2020 au 31 mars 2021	Année option 3 (si exercée) 1er avril 2021 au 31 mars 2022
Article 001	Nom de marque:	Qté 85,000 doses	Qté 80,000 doses	Qté 80,000 doses	Qté 80,000 doses
	DIN:	\$ _____/dose	\$ _____/dose	\$ _____/dose	\$ _____/dose

2018-2019 quantités estimées optionnelle, si exercée:

FPT	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril - mars	Max
QC	-	-	-	-	-	-	-	5,000	10,000	20,000	5,000	5,000	45,000	54,000
Totale	0	0	0	0	0	0	0	5,000	10,000	20,000	5,000	5,000	45,000	54,000

- R2.** Les volumes indiqués dans le deuxième tableau sont les doses supplémentaires, si l'option est exercée. Voir la partie 6, Clauses du contrat subséquent, article 6.4.4, Quantité Optionnelle – Doses Additionnelles.

Supprimez la deuxième table dans son intégralité et la remplacer par ce qui suit:

2018-2019 quantités estimées optionnelle – doses additionnelles, si exercée:

FPT	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril - mars	Max
QC	-	-	-	-	-	-	-	5,000	10,000	20,000	5,000	5,000	45,000	54,000
Totale	0	0	0	0	0	0	0	5,000	10,000	20,000	5,000	5,000	45,000	54,000

- Q3.** Est-ce que le format de x10 est le seulement format acceptable ou x1 est aussi acceptable?
- R3.** Un paquet de 1 seringue est acceptable à condition que les paquets de 10 de 1 seringue soient regroupés.

Solicitation No. - N de l'invitation
E60PH-18HPVV/A

Amd. No. - N de la modif.
001

Buyer ID - Id de l'acheteur
ph896

Client Ref. No. - N de rf. du client
E60PH-18HPVV

File No. - N du dossier
ph896E60PH-18HPVV

À l'Annexe A - Besoin, supprimer le paragraphe 3, Format du vaccin dans son intégralité et le remplacer par ce qui suit:

3. Format du vaccin

Format(s): Boîte de 10 doses, en seringues ou flacons ou paquets de 10 de 1/seringue emballés ensemble.

TOUS LES AUTRES TERMES ET CONDITIONS DEMEURENT INCHANGÉS.