



**RETURN BIDS TO :**  
**RETOURNER LES SOUMISSIONS À :**  
Bid Receiving - Réception des soumissions:

Correctional Service Canada (CSC) – Service  
correctionnel Canada  
250, Montée St-François  
Laval (Québec) H7C 1S5  
Téléphone : (450) 661-9550 x 3223, 3210

Attention : Linda Mandeville

**SOLICITATION AMENDMENT  
MODIFICATION DE L'INVITATION**

**Proposal to: Correctional Service Canada**

The referenced document is hereby revised; unless  
otherwise indicated, all other terms and conditions of the  
Solicitation remain the same.

**Proposition à: Service Correctionnel du Canada**

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 – CE DOCUMENT COMPORTE DES  
EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ.**

<b>Title — Sujet: Dentistry Services / Services de dentisterie</b>	
<b>Solicitation No. — No. de l'invitation</b> <b>21301-19-2850537</b>	
<b>Solicitation Amendment No. — No. de modification de l'invitation</b> 001	<b>Date: 2018-06-15</b>
<b>GETS Reference No. — No. de Référence de SEAG</b> <b>PW-18-00831331</b>	
<b>Solicitation Closes — L'invitation prend fin</b> <b>at /à : 2 pm / 14:00</b>  <b>on / le : July 3<sup>rd</sup>, 2018 / 3 juillet 2018</b>	
<b>F.O.B. — F.A.B.</b> Plant – Usine: ___ Destination: X Other-Autre: ___	
<b>Address Enquiries to — Soumettre toutes questions à:</b>  Linda Mandeville Linda.mandeville@csc-scc.gc.ca	
<b>Telephone No. – No de téléphone: 450-661-9550 x3259</b>	<b>Fax No. – No de télécopieur:</b> 450-664-6626
<b>Destination of Goods, Services and Construction:</b> <b>Destination des biens, services et construction:</b>  Various Institutions – Établissements variés	
<b>Instructions: See Herein</b> <b>Instructions : Voir aux présentes</b>	

**Issuing Office – Bureau de distribution**

Correctional Service Canada (CSC)  
Service correctionnel Canada (SCC)  
Material Management Division /  
Direction des ressources matérielles  
250, Montée St-François  
Laval (Québec) H7C 1S5



**La modification 001 à l'invitation est émise pour :**

1. Modifier la base de paiement proposée.
- 

**1. Modifier la base de paiement proposée :**

**Supprimer:** Annexe B – Base de paiement proposée dans son intégralité; et

**Insérer:** La nouvelle Annexe B – Base de paiement proposée qui suit:

(voir ci-joint)

**TOUTES LES AUTRES MODALITÉS RESTENT LES MÊMES.**



**Solicitation Amendment 001 is issued to**

1. Amend the Proposed Basis of Payment.

---

**1. Amend the Proposed Basis of Payment:**

Delete: **Annex B – Proposed Basis of Payment** in its entirety; and

Insert: The following, new **Annex B – Proposed Basis of Payment:**

(see attached)

ALL OTHER TERMS AND CONDITIONS REMAIN UNCHANGED.

**ANNEXE B – Base de paiement proposée****1.0 Période du contrat (de l'octroi au 31 mai 2019) (à l'exception de l'établissement La Macaza)**

L'entrepreneur sera payé selon les modalités de paiement suivantes pour le travail effectué dans le cadre du contrat. L'inclusion de données volumétriques dans ce document ne représente pas un engagement de la part du Canada que son utilisation future des services décrits dans la demande de soumissions correspondra à ces données.

**Honoraires professionnels**

- a) Pour la prestation des services décrits à la partie 4 – Énoncé des travaux, l'entrepreneur sera payé le taux horaire ferme tout inclus ci-dessous dans le cadre du présent contrat, TVH ou TPS en sus (si applicable).

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C C
Archambault (unité minimum, médium et CRSM)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>1152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1 296 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 9 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Centre régional de réception (CRR/USD)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>504 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>576 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7,5 heures et 3 heures de préparation /mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$



Cowansville	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>768 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Drummond	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) clinique de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 4 heures/ mois (En avant-midi).</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Joliette	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>144 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>192 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$



Port-Cartier	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>336 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>420 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de cinq (5) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$

**Établissement La Macaza****Honoraires professionnels, Période du contrat (1<sup>er</sup> juin 2019 au 31 mai 2020)**

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C C
La Macaza	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>216 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de trois (3) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>252 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de trois (3) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$

\*Le niveau d'effort estimé est pour fin d'évaluation.

Note : Les taux horaires sont des taux fermes qui incluent tous autres frais reliés à la prestation de services. Aucun frais de déplacement et de subsistance ne sera payé.

**Seuls les services rendus seront payés.**



## 2.0 Options de prolongation de la période du contrat

Sous réserve de l'exercice de l'option de prolonger le contrat conformément à l'article 4, Durée du contrat, section 4.2, Option de prolongation du contrat, l'entrepreneur sera payé le taux horaire ferme tout inclus, conformément au tableau suivant, TVH ou TPS en sus, pour effectuer tous les travaux et services exigés relativement à la prolongation du contrat.

## 2.1 Honoraires professionnels, Période optionnelle 1 (Du 1er juin 2019 au 31 mai 2020) (à l'exception de l'établissement La Macaza)

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C C
Archambault (unité minimum, médium et CRSM)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>1 152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1 296 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 9 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Centre régional de réception (CRR/USD)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>504 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>576 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7,5 heures et 3 heures de préparation /mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$



Cowansville	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>768 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1 152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Drummond	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) clinique de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 4 heures/ mois (En avant-midi).</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Joliette	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>144 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>192 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$





Port-Cartier	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>336 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>420 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de cinq (5) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$

**Établissement La Macaza : Période optionnelle 1 (1<sup>er</sup> juin 2020 au 31 mai 2021)**

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C C
La Macaza	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>216 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de trois (3) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>252 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de trois (3) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$

\*Le niveau d'effort estimé est pour fin d'évaluation.

Note : Les taux horaires sont des taux fermes qui incluent tous autres frais reliés à la prestation de services. Aucun frais de déplacement et de subsistance ne sera payé.

**Seuls les services rendus seront payés.**



## 2.2 Période optionnelle 2 (Du 1er juin 2020 au 31 mai 2021) (à l'exception de l'établissement La Macaza)

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C C
Archambault (unité minimum, médium et CRSM)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>1 152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1 296 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 9 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Centre régional de réception (CRR/USD)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>504 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>576 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7,5 heures et 3 heures de préparation /mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Cowansville	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>768 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$



Drummond	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) clinique de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 4 heures/ mois (En avant-midi).</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Joliette	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>144 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>192 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Port-Cartier	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>336 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>420 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de cinq (5) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$



Établissement La Macaza : Période optionnelle 2 (1<sup>er</sup> juin 2021 au 31 mai 2022)

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C C
La Macaza	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>216 heures</b> de service/année. <i>Maximum de trois (3) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>252 heures</b> de service/année. <i>Maximum de trois (3) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$

*\*Le niveau d'effort estimé est pour fin d'évaluation.*

*Note : Les taux horaires sont des taux fermes qui incluent tous autres frais reliés à la prestation de services. Aucun frais de déplacement et de subsistance ne sera payé.*

**Seuls les services rendus seront payés.**



2.3 Période optionnelle 3 (Du 1er juin 2022 au 31 mai 2022) (à l'exception de l'établissement La Macaza)

ÉTABLISSEMENT	CATÉGORIE DE RESSOURCE	TAUX HORAIRE TOUT COMPRIS POUR LA PRESTATION DE SERVICES A	NIVEAU D'EFFORT ESTIMÉ (heures) B	Total (en \$ CA) A x B = C
Archambault (unité minimum, médium et CRSM)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>1 152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1 296 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 9 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Centre régional de réception (CRR/USD)	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>504 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>576 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 7,5 heures et 3 heures de préparation /mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Cowansville	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>768 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>1 152 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de douze (12) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$



Drummond	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) clinique de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>384 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de huit (8) cliniques de 4 heures/ mois (En avant-midi).</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>432 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de six (6) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Joliette	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>144 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 6 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>192 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de deux (2) cliniques de 8 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$
Port-Cartier	Dentiste	_____ \$	Maximum de <b>336 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de quatre (4) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Assistant(e) dentaire	_____ \$	Maximum de <b>420 heures</b> de service/ année. <i>Maximum de cinq (5) cliniques de 7 heures/ mois.</i>	_____ \$
	Réunions dentistes	<b>65%</b> du taux horaire ferme tout compris	Maximum de <b>16 heures/ année.</b>	_____ \$

\*Le niveau d'effort estimé est pour fin d'évaluation.



*Note : Les taux horaires sont des taux fermes qui incluent tous autres frais reliés à la prestation de services. Aucun frais de déplacement et de subsistance ne sera payé.*

**Seuls les services rendus seront payés.**

### **3.0 Frais remboursables**

3.1 Le Canada n'acceptera aucuns frais de déplacement et de subsistance pour :

- (a) le travail effectué à l'établissement indiqué à l'article 3, Objectif, de l'Annexe A, Énoncé des travaux;
- (b) tout déplacement entre le lieu d'affaires de l'entrepreneur et l'établissement; et
- (c) réinstaller des ressources pour répondre aux conditions du contrat. Ces frais sont compris dans les taux horaires tout compris précisés dans la présente annexe.

### **4.0 TVH ou TPS**

4.1 Dans le contrat, tous les prix et toutes les sommes ne comprennent pas la taxe sur les produits et services (TPS), ni la taxe sur la vente harmonisée (TVH), selon le cas, à moins d'indication contraire. La TPS ou la TVH, selon le cas, s'ajoute au prix mentionné et sera payée par le Canada.

4.2 Le montant estimé de la TVH ou de la TPS de \_\_\_\_\_ \$ (à insérer à l'attribution du contrat) est compris dans le coût total estimé qui figure à la page 1 du présent contrat. Dans la mesure où elle s'applique, la TPS ou la TVH sera comprise dans toutes les factures et dans toutes les demandes d'acomptes à titre d'article distinct. Tous les articles détaxés ou exemptés, ou auxquels la TPS ou la TVH ne s'applique pas, devront apparaître ainsi sur toutes les factures. L'entrepreneur accepte de verser à l'Agence du revenu du Canada (ARC) le montant de la TPS ou de la TVH acquittée ou exigible.



## ANNEX B – Proposed Basis of Payment

1.

### 1.0 Contract Period (from the award to May 31<sup>st</sup>, 2019) *(except for La Macaza Institution)*

The Contractor will be paid in accordance with the following Basis of Payment for Work performed pursuant to the Contract. The inclusion of volumetric data in this document does not represent a commitment by Canada that Canada's future usage of the services described will be consistent with this data.

#### 1.1 Professional Fees

- a) For the provision of services as described in Annex A – Statement of Work, the Contractor shall be paid the all inclusive firm hourly rate(s) below in the performance of this Contract, HST of GST extra.

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTE ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
Archambault (minimum and medium unit and RMHC)	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 296 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of twelve (12) 9-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Regional Reception Centre (RRC/SHU)	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>504 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>576 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 7,5-hours clinics and 3 hours of preparation per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$





Cowansville	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>768 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of eight (8) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ years. <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Drummond	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of eight (8) 4-hours clinics per month. (a.m. clinics)</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Joliette	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>144 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>192 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 8- hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$



Port-Cartier	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>336 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>420 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of five (5) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$

**La Macaza Institution**

**Professional fees, Contract Period (from June 1<sup>st</sup>, 2019 to May 31<sup>st</sup>, 2020)**

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTED ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
La Macaza	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>216 hours</b> of service/ year. <i>Maximum of three (3) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>252 hours</b> of service/ year. <i>Maximum of three (3) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$

\* The estimated level of effort is for evaluation purposes only.

Note : Hourly rate are firm rates and include all other expenses related to the provision of services. No travel and living expenses will be paid.

**Only services rendered will be paid.**



## 2.0 Options to Extend the Contract Period

Subject to the exercise of the option to extend the Contract period in accordance with Article 4. Term of Contract, 4.2 Options to Extend Contract, the Contractor shall be paid the firm all inclusive hourly rate(s), in accordance with the following table, GST or HST extra, to complete all Work and services required to be performed in relation to the Contract extension.

### 2.1 Professional Fees, Optional Period 1 (from June 1<sup>st</sup>, 2019 to May 31<sup>st</sup>, 2020) (except for La Macaza Institution)

- a) For the provision of services as described in Annex A – Statement of Work, the Contractor shall be paid the all inclusive firm hourly rate(s) below in the performance of this Contract, HST of GST extra.

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTE ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
Archambault (minimum and medium unit and RMHC)	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 296 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of twelve (12) 9-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Regional Reception Centre (RRC/SHU)	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>504 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>576 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 7,5-hours clinics and 3 hours of preparation per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$



Cowansville	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>768 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of eight (8) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ years. <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Drummond	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of eight (8) 4-hours clinics per month. (a.m. clinics)</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Joliette	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>144 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>192 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 8- hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$



Port-Cartier	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>336 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>420 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of five (5) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$

**La Macaza Institution**

**Professional fees, Optional Period 1 (from June 1<sup>st</sup>, 2020 to May 31<sup>st</sup>, 2021)**

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTED ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
La Macaza	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>216 hours</b> of service/ year. <i>Maximum of three (3) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>252 hours</b> of service/ year. <i>Maximum of three (3) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$

\* The estimated level of effort is for evaluation purposes only.

Note : Hourly rate are firm rates and include all other expenses related to the provision of services. No travel and living expenses will be paid.

**Only services rendered will be paid.**



2.2 Optional Period 2 (from June 1<sup>st</sup>,2020 to May 31<sup>st</sup>, 2021) *(except for La Macaza Institution)*

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTE ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
Archambault (minimum and medium unit and RMHC)	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 296 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of twelve (12) 9-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Regional Reception Centre (RRC/SHU)	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>504 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of six (6) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>576 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of six (6) 7,5-hours clinics and 3 hours of preparation per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Cowansville	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>768 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of eight (8) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ years.  <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$



Drummond	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of eight (8) 4-hours clinics per month. (a.m. clinics)</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Joliette	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>144 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>192 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 8- hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Port-Cartier	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>336 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>420 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of five (5) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$



**La Macaza Institution**

**Professional fees, Optional Period 2 (from June 1<sup>st</sup>, 2021 to May 31<sup>st</sup>, 2022)**

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTED ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
La Macaza	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>216 hours</b> of service/ year. <i>Maximum of three (3) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>252 hours</b> of service/ year. <i>Maximum of three (3) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$

\* The estimated level of effort is for evaluation purposes only.

Note : Hourly rate are firm rates and include all other expenses related to the provision of services. No travel and living expenses will be paid.

**Only services rendered will be paid.**





2.2 Optional Period 3 (from June 1<sup>st</sup>,2021 to May 31<sup>st</sup>, 2022) *(except for La Macaza Institution)*

INSTITUTION	RESOURCE CATEGORY	QUOTE ALL-INCLUSIVE HOURLY RATE A	ESTIMATED LEVEL OF EFFORT (hours) B	Total (in CDN \$) A x B = C C
Archambault <i>(minimum and medium unit and RMHC)</i>	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 296 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of twelve (12) 9-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Regional Reception Centre <i>(RRC/SHU)</i>	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>504 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of six (6) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>576 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of six (6) 7,5-hours clinics and 3 hours of preparation per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Cowansville	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>768 hours</b> of services/ year.  <i>Maximum of eight (8) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>1 152 hours</b> of services/ years.  <i>Maximum of twelve (12) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$



Drummond	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 8-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>384 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of eight (8) 4-hours clinics per month. (a.m. clinics)</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Donnacona	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>432 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of six (6) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Joliette	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>144 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 6-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>192 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of two (2) 8- hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$
Port-Cartier	Dentist	_____ \$	Up to a maximum of <b>336 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of four (4) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dental Assistant	_____ \$	Up to a maximum of <b>420 hours</b> of services/ year. <i>Maximum of five (5) 7-hours clinics per month.</i>	_____ \$
	Dentists meetings	<b>65%</b> of the all-inclusive hourly rate	Up to a maximum of <b>16 hours/ year.</b>	_____ \$

\* The estimated level of effort is for evaluation purposes only.



*Note : Hourly rate are firm rates and include all other expenses related to the provision of services. No travel and living expenses will be paid.*

**Only services rendered will be paid.**

### **3.0 Cost Reimbursable Expenses**

3.1 Canada will not accept any travel and living expenses for:

- (a) Work performed at the Institution indicated under Annex A, Statement of Work, 3. Objective;
- (b) Any travel between the Contractor's place of business and the Institution; and
- (c) Any relocation of resources required to satisfy the terms of the Contract. These expenses are included in the all-inclusive hourly rates specified in this annex.

### **4.0 HST or GST**

- 4.1 All prices and amounts of money in the contract are exclusive of Goods and Services Tax (GST) or Harmonized Sales Tax (HST), as applicable, unless otherwise indicated. The GST or HST, whichever is applicable, is extra to the price herein and will be paid by Canada.
- 4.2 The estimated HST or GST of \$\_\_\_\_\_ (to be completed at contract award) is included in the total estimated cost shown on page 1 of this Contract. The estimated GST or HST to the extent applicable will be incorporated into all invoices and progress claims and shown as a separate item on invoices and progress claims. All items that are zero-rated, exempt, or to which the GST or HST does not apply, are to be identified as such on all invoices. The Contractor agrees to remit to Canada Revenue Agency (CRA) any amounts of GST or HST paid or due.