



**RETURN BIDS TO:
RETOURNER LES SOUMISSIONS À:**

**Bid Receiving
PWGSC
33 City Centre Drive
Suite 480C
Mississauga
Ontario
L5B 2N5
Bid Fax: (905) 615-2029**

**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 Canada
Ontario Region
33 City Centre Drive
Suite 480
Mississauga
Ontario
L5B 2N5

Title - Sujet Medical Services - Laval	
Solicitation No. - N° de l'invitation 47419-186279/A	Amendment No. - N° modif. 004
Client Reference No. - N° de référence du client 47419-186279	Date 2018-09-14
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$TOR-024-7582	
File No. - N° de dossier TOR-7-40038 (024)	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2018-09-18	
Time Zone Fuseau horaire Eastern Daylight Saving Time EDT	
F.O.B. - F.A.B. Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input checked="" type="checkbox"/> Other-Autre: <input type="checkbox"/>	
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: Brewster, Shannon	Buyer Id - Id de l'acheteur tor024
Telephone No. - N° de téléphone (905) 615-2028 ()	FAX No. - N° de FAX () -
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction: CANADA BORDER SERVICES AGENCY Quebec Region 200 Montee St-Francois Laval, Quebec	

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

MODIFICATION No 004 À L'INVITATION À SOUMISSIONNER

La modification no 004 à l'invitation à soumissionner vise à :

- 1) Modifier l'invitation.

- 1) Modifications à l'invitation à soumissionner :

- 1a. À l'annexe B, de la soumission, “ **Base de paiement** ”,

Supprimer: L'annexe B - Base de paiement Révision 1), dans son intégralité; et

Insérer: L'annexe B - Base de paiement (Révision 2). Voir ci-dessous

TOUTES LES AUTRES MODALITÉS DEMEURENT INCHANGÉES.

ANNEXE B**BASE DE PAIEMENT (Révision 2)**

L'entrepreneur sera payé en fonction de la base de paiement suivante pour le travail effectué dans le cadre du contrat.

1. PÉRIODE DU CONTRAT : trois années (du _____ au _____) (*insérer les dates à l'attribution du contrat*)

Conformément à l'annexe A, l'entrepreneur sera rémunéré selon les tarifs horaires fermes tout compris suivants pour le travail accompli dans le cadre du contrat comme suit (TPS ou TVH en sus).

		A	B	C	D
N°	Catégorie de personnel	Nombre estimatif d'heures/ressource	Taux horaire ferme/ressource	Nombre estimatif de ressources	*Prix calculé (AxBxC)
1	Médecin	936	\$	2	\$
2	Infirmier	4368	\$	6	\$
3	Psychologue	624	\$	1	\$
4	Psychiatre	156	\$	1	\$
*Total du prix calculé :					\$

2. OPTION 1, ANNÉE 4 : un an (du _____ au _____) (*insérer les dates à l'attribution du contrat*)

Sous réserve d'exercer l'option du contrat de prolonger la durée du contrat, conformément à l'alinéa 7(b) du contrat, l'entrepreneur sera rémunéré selon les tarifs journaliers fermes tout compris suivants durant l'option 1, année 4, pour accomplir tous les travaux prévus dans le cadre de la prolongation du contrat.

		A	B	C	D
N°	Catégorie de personnel	Nombre estimatif d'heures/ressource	Taux horaire ferme/ressource	Nombre estimatif de ressources	*Prix calculé (AxBxC)
1	Médecin	312	\$	2	\$
2	Infirmier	1456	\$	6	\$
3	Psychologue	208	\$	1	\$
4	Psychiatre	52	\$	1	\$
*Total du prix calculé :					\$

3. OPTION 2, ANNÉE 5 : un an (du _____ au _____) (*insérer les dates à l'attribution du contrat*)

Sous réserve d'exercer l'option du contrat de prolonger la durée du contrat, conformément à l'alinéa 7(b) du contrat, l'entrepreneur sera rémunéré selon les tarifs journaliers fermes tout compris suivants durant l'option 2, année 5, pour accomplir tous les travaux prévus dans le cadre de la prolongation du contrat.

		A	B	C	D
N°	Catégorie de personnel	Nombre estimatif d'heures/ressource	Taux horaire ferme/ressource	Nombre estimatif de ressources	*Prix calculé (AxBxC)
1	Médecin	312	\$	2	\$

2	Infirmier	1456	\$	6	\$
3	Psychologue	208	\$	1	\$
4	Psychiatre	52	\$	1	\$
*Total du prix calculé :					\$

*Prix évalué total : (prix calculé total pour la période du contrat + option 1, année 4 + option 2, année 5)	\$
---	-----------

REMARQUE : * les lignes et les rangées seront supprimées au moment de l'attribution du contrat.

En ce qui a trait à l'« estimation du nombre d'heures » ci-dessus (A*), le nombre estimatif d'heures est indiqué aux fins d'évaluation, uniquement pendant le processus de demande de soumissions. Au cours de la période du contrat et des périodes optionnelles, le nombre de jours réel peut être supérieur ou inférieur au nombre prévu, selon les indications du responsable technique.