



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

THIS DOCUMENT CONTAINS A SECURITY REQUIREMENT / DOCUMENT CONTIENT DES EXIGENCES RELATIVES À LA SÉCURITÉ

Vendor/Firm Name and Address

Raison sociale et adresse du fournisseur/de l'entrepreneur

Issuing Office - Bureau de distribution

Scientific, Medical and Photographic Division /
Division de l'équipement scientifique, des produits
photographiques et pharmaceutiques
11 Laurier St./ 11 rue, Laurier
6A2, Place du Portage
Gatineau, Québec K1A 0S5

Title - Sujet AUTOMATED MEDICATION DISPENSING SYS	
Solicitation No. - N° de l'invitation 21120-180235/A	Amendment No. - N° modif. 005
Client Reference No. - N° de référence du client 21120-18-2760235	Date 2018-09-24
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$PV-915-75406	
File No. - N° de dossier pv915.21120-180235	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2018-10-10	
Time Zone Fuseau horaire Eastern Daylight Saving Time EDT	
F.O.B. - F.A.B.	
Plant-Usine: <input type="checkbox"/> Destination: <input type="checkbox"/> Other-Autre: <input type="checkbox"/>	
Address Enquiries to: - Adresser toutes questions à: MacCuaig, Shannon	Buyer Id - Id de l'acheteur pv915
Telephone No. - N° de téléphone (873) 469-3983 ()	FAX No. - N° de FAX () -
Destination - of Goods, Services, and Construction: Destination - des biens, services et construction:	

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

Sollicitation No. - N° de l'invitation
21120-180235/A
Client Ref. No. - N° de réf. du client
21120-180235

Amd. No. - N° de la modif.
005
File No. - N° du dossier
pv915.21120-180235

Buyer ID - Id de l'acheteur
pv915
CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME

La modification 005 vise à répondre aux questions suivantes :

Question 7

Veillez préciser ce qui est demandé sur les deux exigences suivantes:

3.1 Fonction de vérification automatisée des cartouches.

3.2 Fonction de vérification manuelle des cartouches.

Réponse 7

La fonction de vérification automatisée des cartouches renvoie à la capacité du système d'effectuer une vérification automatisée (p. ex., au moyen de l'étiquette et d'un détecteur manuel) pour confirmer que le stock utilisé pour remplir la cartouche est le bon médicament.

La fonction de vérification manuelle des cartouches renvoie à la capacité de chaque cartouche d'être modifiée pour pouvoir être placée dans une fente ou une position particulière, de façon à ce que seul un comprimé ayant une certaine taille et une certaine forme puisse être distribué.

TOUTES LES AUTRES CONDITIONS DE LA DP DEMEURENT INCHANGÉES