



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

via couriers/messagerie: J8X 4A6

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

Scientific, Medical and Photographic Division /
Division de l'équipement scientifique, des produits
photographiques et pharmaceutiques
L'Esplanade Laurier
140 O'Connor Street,
East Tower, 7th Floor
Ottawa
Ontario
K1A 0S5

| | |
|---|---|
| Title - Sujet Aiguilles bifurquées | |
| Solicitation No. - N° de l'invitation 6D024-193081/A | Amendment No. - N° modif. 002 |
| Client Reference No. - N° de référence du client 6D024-193081 | Date 2020-01-21 |
| GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$\$PV-960-78298 | |
| File No. - N° de dossier pv960.6D024-193081 | CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME |
| Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM on - le 2020-02-10 | |
| Time Zone Fuseau horaire Eastern Standard Time EST | |
| 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: O'Gorman, Cindy | Buyer Id - Id de l'acheteur pv960 |
| Telephone No. - N° de téléphone (819) 712-1748 () | 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 |

La modification no 002 est émise afin de publier les réponses aux questions reçues en date.

A. QUESTIONS ET RÉPONSES

- Q3.** Pour ce type d'instrument de classe 2, étant donné qu'une d'homologation d'instrument médical est exigée à la p. 18, je suppose qu'un certificat ISO13485 du PAUMM est aussi exigé?
- R3.** Le Bureau des matériels médicaux (Bureau) de la Direction des produits thérapeutiques, Santé Canada, est l'organe fédéral de réglementation responsable de l'homologation des instruments médicaux. Pour obtenir de l'information sur l'homologation, veuillez communiquer avec le Bureau des matériels médicaux (BMM) de la Direction des produits thérapeutiques.
- Q4.** Pourriez-vous indiquer le code de nom privilégié (CNP) correspondant à l'aiguille bifurquée?
- R4.** Le client ne connaît pas le CNP correspondant aux aiguilles bifurquées. Pour toute question à ce sujet, veuillez communiquer avec le Bureau des matériels médicaux (Bureau) de la Direction des produits thérapeutiques, Santé Canada.

TOUS AUTRES TERMES ET CONDITIONS DE LA DEMANDE DE PROPOSITION DEMEURENT INCHANGÉS.