



RETURN BIDS TO:

RETOURNER LES SOUMISSIONS À:

**Bid Receiving - PWGSC/Réception des soumissions –
TPSGC**

Precisé dans les présentes

**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

Business Operations Support Systems
Division/Systèmes de soutien des activités
opérationnelles
Terrasses de la Chaudière 4th Floor
10 Wellington Street
Gatineau
Quebec
K1A 0S5

Title - Sujet Services de santé Le dépistage à distance et les évaluations de santé par téléphone	
Solicitation No. - N° de l'invitation H1020-204062/A	Amendment No. - N° modif. 004
Client Reference No. - N° de référence du client H1020-204062	Date 2021-04-01
GETS Reference No. - N° de référence de SEAG PW-\$\$XS-007-39215	
File No. - N° de dossier 007xs.H1020-204062	CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME
Solicitation Closes - L'invitation prend fin at - à 02:00 PM Eastern Daylight Saving Time EDT on - le 2021-04-08 Heure Avancée de l'Est HAE	
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: Gordon, Emily	Buyer Id - Id de l'acheteur 007xs
Telephone No. - N° de téléphone (613) 407-3881 ()	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

Solicitation No. - N° de l'invitation
H1020-204062/A
Client Ref. No. - N° de réf. du client
H1020-204062

Amd. No. - N° de la modif.
004
File No. - N° du dossier
007xs.H1020-204062

Buyer ID - Id de l'acheteur
007xs
CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME

MODIFICATION 004

La modification 004 vise à:

1. Fournir des réponses aux questions reçues en ce qui concerne la présente demande de propositions (DDP); et
 2. Reviser le barème de prix.
-

Note : Les questions pourraient avoir été modifiées et/ou abrégées.

Questions et réponses

- Q8.** En ce qui concerne le barème de prix dans l'évaluation financière, l'Agence de la santé publique du Canada peut-elle fournir des instructions confirmant quelle valeur doit être saisie dans la « colonne de la valeur totale »? Plus précisément, peut-on confirmer que le calcul de la colonne (E) = (B) x (C) x (D)?
- R8.** Oui, le calcul de la colonne (E) = (B) x (C) x (D). Veuillez vous référer à la modification 1 ci-dessous.

Modifications à l'invitation

Les modifications suivantes sont apportées à la demande de proposition:

1. À 4.1.3.2 Calcul du prix estimatif total :

SUPPRIMER : Tableau 1 : Barème de prix

INSÉRER :

Tableau 1 : Barème de prix

Ressource	Taux horaire ferme tout compris	Niveau d'effort estimé (heures)	Nombre estimé de ressources	Valeur totale (en \$CDN, taxes exclues) (B) x (C) x (D)
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Période: Période Initiale du Contrat				
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de dépistage clinique		8,760	1	\$ -
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de quarantaine		8,760	3	\$ -
Agent de contrôle		8,760	2	\$ -
Période: Période d'Option 1				
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de dépistage clinique		4,380	1	\$ -
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de quarantaine		4,380	3	\$ -
Agent de contrôle		4,380	2	\$ -
Période: Période d'Option 2				
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de dépistage clinique		4,380	1	\$ -
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de quarantaine		4,380	3	\$ -
Agent de contrôle		4,380	2	\$ -
Période: Période d'Option 3				
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de dépistage clinique		4,380	1	\$ -
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de quarantaine		4,380	3	\$ -
Agent de contrôle		4,380	2	\$ -
Période: Période d'Option 4				
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de dépistage clinique		4,380	1	\$ -
Infirmière ou infirmière autorisé – Agent de quarantaine		4,380	3	\$ -
Agent de contrôle		4,380	2	\$ -
Prix total de la soumission				\$ -

Solicitation No. - N° de l'invitation
H1020-204062/A
Client Ref. No. - N° de réf. du client
H1020-204062

Amd. No. - N° de la modif.
004
File No. - N° du dossier
007xs.H1020-204062

Buyer ID - Id de l'acheteur
007xs
CCC No./N° CCC - FMS No./N° VME

TOUTES LES AUTRES MODALITÉS ET CONDITIONS DEMEURENT INCHANGÉES.