وزارت کشور
استانداری آذربایجانشرقی
شهرداری خاروانا

جمهوری اسلامی ایران

تاریخ : ۱۴۰۳/۰۲/۰۸
شماره : ۴۰۰
پیوست : .....

بسمه تعالی

شهردار محترم خاروانا

سلام علیکم :

احتراماً اینجانب / اینجانبان نماینده قانونی شرکت با شماره ثبت

به آدرس و تلفن:

شرکت کننده در بیمه تکمیلی کارکنان شهرداری خاروانا، با اعلام اینکه نمونه شرایط استعلام را دقیقاً مطالعه و ضمن قبول مفاد آن کلیه صفحات پیوست را امضاء و مهر نموده و به ضمیمه مدارک گفته شده در سامانه ارائه گردیده است، مبلغ پیشنهادی به شرح زیر ارائه می‌گردد.

پیشنهاد اینجانب / شرکت به شرح جدول زیر به ازای هر واحد / نفر طبق ردیف‌های زیر می‌باشد.

ارقام به ریال

ردیف	عناوین پوشش و تعهدات	مبالغ تعهد	فرانشیز	توضیحات
۱	بستری و جراحی های عمومی	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۲	جراحی های تخصصی	۱,۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۳	پاراکلینکی ۱	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۴	پاراکلینکی ۲	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۵	جراحی های سرپایی	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۶	آمبولانس درون شهری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۷	آمبولانس برون شهری	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۸	رفع عیوب انکساری دو چشم	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۹	زایمان	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۱۰	نازایی و باروری	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۱۱	خدمات ازمایشگاهی	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۱۰	
۱۲	ویزیت و دارو	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰	
۱۳	دندانپزشکی	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰	
۱۴	غربالگری جنین	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	٪۳۰	
۱۵	قیمت پیشنهادی به ازای هر نفر	به عدد	به حروف	

نام ونام خانوادگی نماینده قانونی شرکت

امضاء و مهر شرکت

آدرس: خاروانا- خیابان بهارستان - خیابان شهرداری- کد پستی : ۵۴۴۸۱۱۷۱۸۱

تلفن : ۴۴۵۲۲۴۴۴-۰۴۱ تلفاکس : ۴۴۵۲۲۴۲۲-۰۴۱