

مشخصات متقاضی:

اینجناب: نام پدر: محل کار: تاریخ تولد: می باشم.

متقاضی شرکت در دوره: امضاء:

آدرس و شماره تلفن:

تأیید امور اداری شرکت تابعه:

بدینوسیله گواهی می شود نامبرده خانم/ آقای به شماره پرسنلی از کارکنان این شرکت بوده و پرداخت هزینه دوره به میزان % به عهده این شرکت می باشد.

سهم کارمند % سهم کارفرما % مهر و امضاء

تعهدنامه: احتراماً اینجناب به شماره ملی با نسبت به آقای/خانم به شماره ملی بدین وسیله در کمال صحت و سلامت عقلانی و جسمانی رضایت خود را در خصوص شرکت آقای/خانم در کلاس واقع در از ساعت لغایت نموده و اقرار می نمایم شرکت عملیات غیر صنعتی هیچگونه مسئولیتی در خصوص ایاب و ذهاب ایشان و همچنین ساعات خروج از فعالیت کلاسی نداشته و هرگونه مسئولیتی در تمام مراجع و ارگان ها مستقیماً متوجه اینجناب می باشد. ضمناً تعهد می نمایم که در ساعات مقرر در محل کلاس آموزشی حضور یافته و پس از کلاس نسبت به مراجعه جهت تحویل مشارالیه مراجعه می نمایم .

امضاء

شهریه استفاده از خدمات کلینیک پزشکی ورزشی مجموعه شهید شیر علی نژاد

ردیف	مدت	نوع سرویس	قیمت	سهم کارمند %	سهم کارفرما %
۱	۱۲ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۱,۲۳۷,۳۶۸ ریال		
۲	۱۶ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۱,۴۳۸,۸۰۰ ریال		
۳	۲۰ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۱,۶۱۸,۶۵۰ ریال		
۴	۲۴ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۱,۷۹۸,۵۰۰ ریال		
۵	۱۲ جلسه	TRX	۱,۴۳۸,۸۰۰ ریال		
۶	۱۲ جلسه	هوازی	۱,۴۳۸,۸۰۰ ریال		
۷	۱۶ جلسه	هوازی	۱,۴۹۲,۶۵۶ ریال		
۸	۲۰ جلسه	هوازی	۲,۰۱۴,۳۲۰ ریال		
۹	۲۴ جلسه	هوازی	۲,۳۰۲,۰۸۰ ریال		
۱۰	۱۲ جلسه	ورزش درمانی	۲,۰۸۶,۲۶۰ ریال		
۱۱	۱۰ جلسه	پکیج کاهش وزن	۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۲	۱ جلسه	برنامه غذایی	۴۷۴,۸۰۴ ریال		
۱۳	۱ جلسه	تجویز فعالیت ورزشی	۶۶۱,۸۴۸ ریال		
۱۴	۱ جلسه	تحلیل جسمانی	۳۷۴,۰۸۸ ریال		
۱۵	۱ جلسه	تست پاسچر	۳۷۴,۰۸۸ ریال		
۱۶	۱ جلسه	تست پلانتر	۳۷۴,۰۸۸ ریال		

توجه: همراه داشتن کارت بیمه ورزشی و یک قطعه عکس همراه با پرکردن تعهدنامه جهت ثبت نام الزامی است.

آدرس: بندر ماهشهر، ناحیه صنعتی، جنب دانشگاه صنعتی امیر کبیر، ورزشگاه بعثت، امور ورزش و تربیت بدنی عملیات غیر صنعتی

جهت افراد شاغل همراه داشتن کارت شناسایی معتبر شرکت مربوطه الزامی است

جهت افراد تحت تکفل به همراه داشتن دفترچه خدمات درمانی الزامی است

تلفن تماس: ۰۶۱۵۲۳۴۳۸۵۲ و ۰۶۱۵۲۳۴۴۷۷۱