

## فرم استفاده از کلینیک پزشکی ورزشی مجموعه شهید شیر علی نژاد

مشخصات متقاضی: .....  
 اینجانب: .....  
 متقاضی شرکت در دوره: .....  
 آدرس و شماره تلفن: .....

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

امضاء: .....

## تائید 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 اینجانب ..... 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 غیرصنعتی 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 اینجانب ..... 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	۱,۶۳۲,۰۰۰ ریال		
۲	۱۶ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۱,۸۹۶,۰۰۰ ریال		
۳	۲۰ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۲,۱۳۶,۰۰۰ ریال		
۴	۲۴ جلسه	آمادگی جسمانی، ایروبیک، ایروفیتنس، بادی پامپ، پیلاتس، ایرومیکس، بی هوازی	۲,۳۷۶,۰۰۰ ریال		
۵	۱۲ جلسه	آمادگی جسمانی پیشرفته بانوان	۲,۴۰۰,۰۰۰ ریال		
۶	۱۲ جلسه	آمادگی جسمانی پیشرفته آقایان	۲,۴۰۰,۰۰۰ ریال		
۷	۱۲ جلسه	پکیج سنجش تندرستی	۳,۱۲۰,۰۰۰ ریال		
۸	۱۲ جلسه	TRX	۱,۸۹۶,۰۰۰ ریال		
۹	۱۲ جلسه	هوازی	۱,۸۹۶,۰۰۰ ریال		
۱۰	۱۶ جلسه	هوازی	۱,۹۶۸,۰۰۰ ریال		
۱۱	۲۰ جلسه	هوازی	۲,۶۴۰,۰۰۰ ریال		
۱۲	۲۴ جلسه	هوازی	۳,۰۶۰,۰۰۰ ریال		
۱۳	۱۲ جلسه	ورزش درمانی	۲,۷۶۰,۰۰۰ ریال		
۱۴	۱۲ جلسه	تمرینات الکتریکی (EMS)	۹,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۵	۱۰ جلسه	پکیج کاهش وزن	۹,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۶	۱ جلسه	برنامه غذایی	۶۲۴,۰۰۰ ریال		
۱۷	۱ جلسه	تجویز فعالیت ورزشی	۸۷۶,۰۰۰ ریال		
۱۸	۱ جلسه	تحلیل جسمانی	۴۹۲,۰۰۰ ریال		
۱۹	۱ جلسه	تست پاسچر	۴۹۲,۰۰۰ ریال		
۲۰	۱ جلسه	تست پلانتر	۴۹۲,۰۰۰ 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 : ۰۶۱۵۲۳۴۴۷۷۱ و ۰۶۱۵۲۳۴۳۸۵۲