

اینجانب: خانم/آقای: کدملی: تاریخ تولد:

نام شرکت(در صورت شرکتی بودن): نسبت با شاغل:

متقاضی استفاده از خدمات می باشم

نشانی و تلفن: تاریخ تکمیل فرم: امضاء متقاضی

تأییدیه امور اداری شرکت تابعه

بدینوسیله گواهی می شود: خانم/ آقای: به شماره پرسنلی: از کارکنان این

بوده و پرداخت ۸۰٪ هزینه این فرم یا مبلغریال از طرف این شرکت تعهد می گردد.

مهر و امضا امور اداری

شهریه خدمات مرکز مشاوره و کلینیک سلامت

ردیف	عنوان خدمات	کل شهریه	سایر شرکت ها	
			۲۰٪/نسبم کارمند	۸۰٪/نسبم شرکت
۱	مشاوره قبل از ازدواج	۸۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۶۴۰,۰۰۰
۲	مشاوره و آمادگی جهت فرزندآوری (تغذیه)	۸۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰	۶۴۰,۰۰۰
۳	تغذیه دوران بارداری	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۴	تغذیه هوش جنین	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۵	بهداشت روانی دوران بارداری	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۶	مشاوره سکسولوژی	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۷	سلامت جنسی و روابط صحیح همسران	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۸	آموزش و آمادگی جهت زایمان فیزیولوژیک	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۹	تمرینات ورزشی دوران بارداری	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	۶,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	تمرینات ورزشی جهت آمادگی زایمان در ماه آخر بارداری	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	بادی بالانس	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰
۱۲	یوگا بارداری	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰
۱۳	یوگا مادر و کودک	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۵,۶۰۰,۰۰۰
۱۴	یوگا پس از زایمان	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰
۱۵	یوگا کودکان	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰
۱۶	ورزش های مادران سالمند	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰
۱۷	ورزش درمانی	۶,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰	۴,۸۰۰,۰۰۰
۱۸	مراقبت های پس از زایمان در منزل	۴,۵۰۰,۰۰۰	۹۰۰,۰۰۰	۳,۶۰۰,۰۰۰
۱۹	مامای همراه	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	ورزش های بارداری در آب	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴,۰۰۰,۰۰۰
۲۱	آموزش ماساژنوزاد	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۸۰۰,۰۰۰
۲۲	ماساژدرمانی	۱,۵۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۱,۲۰۰,۰۰۰