

فرم استفاده از کلینیک پزشکی ورزشی شهرک بعثت

اینجانب:		تاریخ تولد:	محل کار:	نام پدر:	
متقاضی شرکت در دوره:		می باشم.			
آدرس و شماره تلفن:		امضاء :			
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 اینجانب به شماره ملی با نسبت با آقای/خانم به شماره ملی بدین وسیله در کمال صحت و سلامتی 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 درخصوص 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 ساعت 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 شهرک بعثت					
ردیف	مدت	نوع سرویس	قیمت	سهم کارمند ... %	سهم کارفرما ... %
۱	۱۲ جلسه	آمادگی جسمانی پیشرفته بانوان	۳,۳۰۰,۰۰۰ ریال		
۲	۱۲ جلسه	آمادگی جسمانی پیشرفته آقایان	۳,۳۰۰,۰۰۰ ریال		
۳	۱۲ جلسه	پکیج سنجش تندرستی	۴,۲۰۰,۰۰۰ ریال		
۸	۱۲ جلسه	TRX	۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۹	۱۲ جلسه	هوازی	۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۰	۱۶ جلسه	هوازی	۳,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۱	۲۰ جلسه	هوازی	۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۲	۲۴ جلسه	هوازی	۴,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۳	۱۲ جلسه	بی هوازی	۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۴	۲۴ جلسه	بی هوازی	۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۵	۱۲ جلسه	ورزش درمانی	۳,۶۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۶	۸ جلسه	پکیج کاهش وزن	۱۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۷	۴ جلسه	ماساژ درمانی (۱ ساعت)	۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۸	۱ جلسه	ماساژ سر و صورت درمانی (۱ ساعت)	۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۹	۱۲ جلسه	تمرینات الکتریکی (EMS)	۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۰	۱۰ جلسه	تمرینات شکم و پهلو (یک روز در میان)	۴,۸۰۰,۰۰۰ ریال		
۱۹	۱۲ جلسه	EMS موضعی (یک روز در میان)	۷,۲۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۱	۱۲ جلسه	تجویز فعالیت ورزشی مبتدی	۱,۲۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۲	۱ جلسه	تجویز فعالیت ورزشی پیشرفته	۱,۶۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۳	۱ جلسه	تجویز فعالیت ورزشی ویژه	۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۴	۱۲ جلسه	مهد کودک ورزشی	۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۵	۱ جلسه	برنامه غذایی	۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۶	۱ جلسه	تحلیل جسمانی	۷۰۰,۰۰۰ ریال		
۲۷	۲۴ جلسه	خدمات ویژه	۱۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال		

آدرس : شهرک بعثت - پشت بازارچه بهار - روبروی درمانگاه شرکت

جهت افراد شاغل همراه داشتن کارت شناسایی معتبر شرکت مربوطه الزامی است (مبالغ با ۹٪ ارزش افزوده منظور شده است)

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

تلفن تماس : ۵۲۴۲۲۴۴۸