



باسمه تعالی
فرم پیشنهاد قیمت

مدیریت محترم مرکز طب کار
باسلام؛

احتراماً، بنا به نیاز این شرکت به انجام معاینات و آزمایشات ادواری پرسنل، خواهشمند است نسبت به اعلام قیمت پیشنهادی خود مطابق فرم حاضر و در پاکت در بسته اقدام و تا ساعت ۱۶:۰۰ مورخ ۱۴۰۳/۱۱/۱۰ به آدرس ذیل ارسال و یا تحویل نماینده ی این شرکت نمائید.
مشهد- بولوار شهید صادقی (سازمان آب)- شهید صادقی ۱۸ - پلاک ۱۹ - واحد ۳ (واحد بازرگانی) تلفن: ۰۵۱-۳۷۶۲۸۸۰۱ داخلی ۳۱۰

ردیف	شرح آزمایشات و معاینات	تعداد نفرات	قیمت واحد	قیمت کل
۱	تکمیل پرونده	۳۰۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۲	فایل اکسل معاینات بهمراه گزارش تفصیلی	۳۰۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۳	معاینه پزشک طب کار	۳۰۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۴	ادیومتری	۲۴۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۵	اپتومتری	۳۰۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۶	اسپیرومتری	۲۴۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۷	آزمایش خون و ادرار شامل CBC - CHO- TG-FBS - BUN- HDL-LDL - SGOT- U/A-CR VITD-SGPT	۳۰۵ نفر	ریال.....	ریال.....
۸	تست روانشناسی MMPI توسط روانشناس بالینی (مدیران و سرپرستان)	۶۰ نفر	ریال.....	ریال.....

ریال.....	ریال.....	۷۰ نفر	نوار قلب (افراد بالای ۳۵ سال)	۹
ریال.....	ریال.....	۱۲ نفر	HbA1c آزمایش (افراد دیابتی)	۱۰
ریال.....	جمع کل			

مرکز طب کار : شناسه ملی : تلفن همراه : ، تلفن ثابت :

به آدرس :

حاضر به انجام معاینات و آزمایشات فوق با قیمت کل .. ریال می باشد.

مهر و امضا:

تاریخ: