



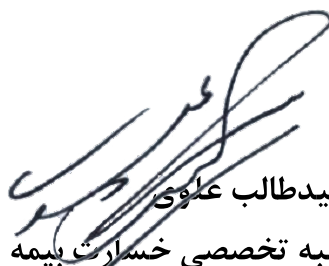
مدیریت محترم آزمایشگاه طرف قرارداد

با سلام

احتراما، تعرفه مورد توافق برای آن مرکز محترم به شرح جدول ذیل اعلام می گردد:

| ردیف | نوع خدمت | مبلغ به ریال |
|------|---|--------------|
| 1 | ضریب جزء حرفه ای خدمات با خصوصیت (#) | ۵۵۰.۰۰۰ |
| ۲ | ضریب جزء فنی خدمات با خصوصیت (#) برای کد (1 تا 7) | ۱.۷۰۰.۰۰۰ |
| ۳ | ضریب جزء فنی خدمات با خصوصیت (#) برای کد (8 تا 9) | ۱.۶۲۰.۰۰۰ |

- روش کمی لومینسانس و الکترو کمی لومینسانس (ECL) غیر قابل پرداخت می باشد.
- بازه زمانی از تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ می باشد.
- سایر مفاد و شرایط قرارداد به قوت خود باقی است.


سیدطالب علوی

سرپرست شعبه تخصصی خسارت بیمه

درمان

رونوشت:

سرکار خانم پریسا ملکی فرد، کارشناس محترم دبیرخانه سنایی