|  |  |
| --- | --- |
|  | دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه |
| **واگذاری خدمات بینایی سنجی مرکز آموزشی درمانی بو علی سینا****1401-1402** |

**اینجانب............................ به عنوان مسئول فنی مرکز بینایی سنجی .............................. آمادگی خود را جهت همکاری با مرکز آموزشی درمانی سینا با تعرفه(حداکثر تعرفه خصوصی/حداقل تعرفه دولتی) مندرج در جدول پیشنهاد قیمت اعلام مینمایم.**

**جدول پیشنهاد قیمت**

|  |  |
| --- | --- |
| **تعرفه دولتی** | **چند درصد از تعرفه خصوصی** |
|  |  |

 **مهر و امضا مسئول مرکز**