

تاريخ اليوم :- ...../...../.....

اسم الجهة المقدم لها العرض :-.....

العنوان :-.....

رقم التليفون ..... رقم الفاكس ..... الشخص المسئول ..... الوظيفة .....

عدد العاملين ..... عدد اسر العاملين ..... متوسط الاعمار .....

### البرنامج المطلوب

بيان	برنامج 1	برنامج 2	برنامج 3	برنامج 4
حد التغطية				
درجة الإقامة				
الغرفة				
العيادة الخارجية				
الادوية	تحمل %.....	تحمل %.....	تحمل %.....	تحمل %.....
علاج الاسنان				
النظارات	%.....	%.....	%.....	%.....
تغطية الحمل و الولادة طبيعى				
قيصري				
امراض مزمنة				
الحالات الحرجة ( قساطر او عمليات توسيع و دعامات قلبية او القلب المفتوح او اورام جراحي )				
رد المطالبات				

ملاحظات :- 1 -

2 -

3 -

4 -

السعر :- 1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

Sign

توقيع المندوب

.....

.....