



پیوست ۲ - فرم جدول قیمت پیشنهادی

مشخصات شرکت	نام شرکت :
	شماره ثبت شناسه ملی کد اقتصادی

موضوع مناقصه : پوشش بیمه ای درمان تکمیلی گروهی کارکنان، اعضای تحت تکفل و والدین غیر تحت تکفل			اعلام قیمت
حق بیمه هر نفر (ماهانه - ریال)	حق بیمه هر نفر (سالانه - ریال)	توضیحات	

توجه :

- شرکت کنندگان می بایست میزان حق بیمه پیشنهادی مورد نظر خود را خوانا، بدون خدشه و حداقل با اعتبار سه ماهه که به تشخیص مناقصه گزار برای یک دوره سه ماهه دیگر قابل تمدید می باشد بصورت قطعی اعلام و از درج هرگونه شرط اضافی خودداری نماید، در غیر این صورت صندوق در بررسی و یا رد پیشنهاد مختار خواهد بود.
- بارگذاری این فرم در سامانه ستاد الزامی است.

امضاء

صاحبان امضای مجاز و مهر شرکت

تاریخ :