SAĞLIK HİZMETİ İNDİRİM TEKLİFİ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Konu :****Teklif Taleb Eden:** |  Sağlik Protokolü Hk.   |  **Referans No:1003** |  |
|  |  |  **Tarih: 11.03.2024** |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hizmet | indirim oranı |  |  |  |  |
| ayaktan tedavi | %20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| yatarak tedavi | %20  |  |  |  |  |
|  |
| sut dışı işlemler ve check-up | %20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

Keçiören Belediyesi çalışanları ve 1. Derece yakınlarına 1 yıl geçerli olarak yukarıda belirtildiği şekilde indirim tanımlanmıştır.

ÖZEL CİTY HOSPİTAL

KURUMSAL İLİŞKİLER SORUMLUSU

ESRA SOYDAN