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