



استعلام بها

شهرداری نی ریز با توجه به درخواست شماره ۱۴۰۲/۵/۲۴۷۱ مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۹ معاون توسعه مدیریت و منابع « بیمه درمانی تکمیلی پرسنل شهرداری طبق جدول پوشش هزینه ای پیوست » را از طریق استعلام بها با شرایط ذیل اقدام نماید لذا از شرکتهای بیمه ای واجد شرایط دعوت به عمل می آید تا به واحد امور مالی شهرداری مراجعه و ضمن دریافت اسناد و مدارک استعلام بها، نسبت به تکمیل و ارائه آن در پاکت لاک و مهر شده به دبیرخانه شهرداری نی ریز اقدام نمایند.

ردیف	شرح خدمات	قیمت پیشنهادی به ازاء هر نفر	مبلغ پیشنهادی ماهیانه
۱	بیمه درمان تکمیلی تعداد تقریباً ۱۵۰ نفر		

ب) شرایط عمومی

- ۱- شهرداری در رد یا قبول پیشنهادات مختار است و به پیشنهاداتی که بعد از مهلت مقرر در آگهی استعلام رسیده و یا مبهم و مخدوش باشد ترتیب اثر نخواهد شد.
- ۲- شرکت کنندگان می بایست جهت اخذ اسناد مذکور به امور مالی شهرداری مراجعه و پس از ارائه درخواست کتبی به همراه مدارک و رزومه شرکت نسبت به دریافت فرم پیشنهاد مربوطه اقدام نمایند.
- ۳- برنده استعلام بها مکلف به رعایت کلیه مفاد پیش نویس قرار داد که پیوست اسناد می باشد است و هیچگونه قصوری بعد از زمان ابلاغ و عقد قرار داد از ناحیه بیمه گری پذیرفته نیست و وفق مواد قرارداد و آیین نامه مالی شهرداری اقدام می گردد.
- ۴- قیمت ها می بایست تا پایان مدت قرارداد اعتبار داشته باشند و هیچگونه افزایش قیمت و تعدیل آحاد بها به پیمان تعلق نمی گیرد.
- ۵- مطابق با آیین نامه مالی شهرداری ها حداقل ۱۰ درصد مبلغ پیمان به عنوان حسن انجام کار، از هر صورت وضعیت کسر و ۵۰ درصد آن به محض تحویل موقت پروژه و ۵۰ درصد بعدی پس از دوره تضمین به پیمانکار پرداخت خواهد شد.
- ۱۰- مدت زمان اجرای کار ۱۲ ماه می باشد که با رضایت طرفین قابل تمدید خواهد بود.
- ۱۱- مدت زمان لازم برای بررسی پیشنهاد قیمت و تشخیص برنده از تاریخ بازگشایی و قرائت پیشنهادها حداکثر ظرف مدت ۷ روز تعیین و پس از موافقت شهردار حداکثر ظرف ۵ روز به برنده استعلام بها ابلاغ می گردد.
- ۱۲- اسناد استعلام و مدارک پیوست آن می بایست توسط شرکت کنندگان مهر امضاء گردد.

شهرداری محترم نی ریز

اینجانب / شرکت فرزند / شماره ثبت به کد ملی / شناسه ملی

آدرس تلفن ثابت تلفن همراه

در تاریخ اعلام می نمایم که کلیه اسناد و مدارک بیمه درمانی تکمیلی پرسنل شهرداری طبق جدول پوشش هزینه ای پیوست را مطالعه نموده و هیچگونه ابهامی در اسناد و مدارک ندارم و قیمت پیشنهادی خود را جمعاً به مبلغ ریال به عدد معادل ریال به حروف اعلام می دارم.

باتشکر نام و نام خانوادگی

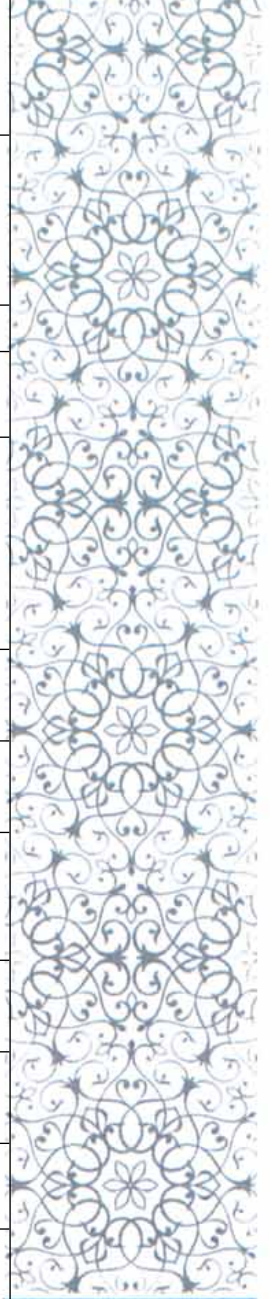
استان فارس، شهرستان نی ریز
خیابان آیت الله طالقانی (ره)
۰۷۱-۵۳۳۰-۲۰۳۰-۷۴۹۱۵
۰۷۱-۵۳۳۰-۵۳۳۰-۲۰۳۰
Info@neyriz.ir
www.neyriz.ir





شهرداری نی ریز

ردیف	تعهدات	شرح تعهدات	مبلغ
۱	بستری	جبران هزینه های بستری-جراحی- شیمی درمانی-رادیو تراپی-انژیوگرافی قلب -انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Daycare-تبصره : عمل هایی جراحی Daycare به جراحیهایی اطلاق می شود که مدت زمان مورد نیاز برای مراقبت بعد از عمل در مراکز درمانی کمتر از یک روز باشد	300/000/000
۲	عمل های جراحی تخصصی	جراحیهای تخصصی .هزینه جراحیهای تخصصی شامل شیمی درمانی _ رادیوتراپی _ اعمال جراحیهای مرتبط با سرطان -مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثناء دیسکستون فقرات) _ گامانایف ، قلب _ پیوند ریه _ پیوند کلیه _ پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز (با احتساب ردیف ۱)	600/000/000
۳	زایمان	هزینه های زایمان اعم از طبیعی و سزارین (صرفا با مجوز های مربوطه)	70/000/000
۴	پارااکلینیکی ۱	انواع رادیوگرافی -انژیوگرافی عروق محیطی- انژیوگرافی چشم سونوگرافی ماموگرافی انواع اسکن ام آر ای -پزشکی هسته ای	30/000/000
۵	پارااکلینیکی ۲	اندوسکوپي- خدمات تشخیص قلبی و عروقی شامل الکتروکاردیوگرافی ، اکو کاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ تست ورزش آنالیز ، پیس میکرEECP ، تیلت تست - خدمات تشخیص تنفسی شامل اسپرومتر PFT خدمات تشخیصی و دینامیک نوار مثانه خدمات تشخیصی الکترو میلو گرافی هدایت عصبی _ EMG-NCVالکتروانسفالو گرافی - خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم اپتومتری _ پریمتری - بیومتری و پنتاکم - شنوایی سنجی	30/000/000
۶	جراحیهای مجاز سرپایی	جراحیهای سرپایی اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگیها _ دررفتگی- گچ گیری _ ختنه _ بخیه- کرایوتراپی _ اکسیژن- لیوم -بیوبسی -تخلیه کیست _ و لیزر درمانی	30/000/000
۷	خدمات آزمایشگاه	آزمایشهای تشخیصی پزشکی -پاتولوژی _ ژنتیک پزشکی -تستهای الژیک -فیزیوتراپی- گفتار درمانی- کاردرمانی	30/000/000
۸	عیوب انکساری	رفع عیوب انکسارلیلیزیک و جبران هزینه های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی دور بینی آستیگمات یا با جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم	50/000/000
۹	امبولانس درون شهری	امبولانس درون شهری مشروط به بستری شدن	5/000/000
۱۰	امبولانس برون شهری	امبولانس برون شهری مشروط به بستری شدن	10/000/000
۱۱	ویزیت و دارو	ویزیت دارد ویزیت پزشکان عمومی متخصص و فوق تخصص داروهای مجاز کشور خدمات اورژانس در موارد غیر بستری انواع تزریق سرم درمانی	30/000/000
۱۲	دندانپزشکی	هزینه های کشیدن جرمگیری بروساز ترمیم پر کردن درمان ریشه و روکش با ارائه گرافی قبل و بعد درمان	50/000/000
۱۳	بیماریهای خاص و نازایی	بیماریهای خاص وهزینه های نازاییو ناباروری شامل اعمال جراحی و میکرو اینجکشن	40/000/000
۱۴	عینک	هزینه عینک طبی فقط به دستور پزشک متخصص	10/000/000
۱۵	کالای پزشکی	کالای پزشکی-(عصا -واکر-صندلی چرخدار-و سمعک ۲ در ۲۰۰ کل اعضا	10/000/000



استان فارس، شهرستان نی ریز
خیابان آیت الله طالقانی (ره)
تلفن: ۰۷۱-۵۳۲۰۲۰۳-۷۴۹۱۵
تلفن: ۰۷۱-۵۳۸۳۰۵۳۳
ایمیل: Info@neyriz.ir
وبسایت: www.neyriz.ir

حامد فرغت
شهردار
شهرداری نی ریز

سید جمال جسمانی
مسئول امور مالی

