**药物/医疗器械临床试验费用尾款结算函**

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心药物/医疗器械临床试验机构：

您好！

­\*\*\*\*\*\*\*公司在贵中心\*\*\*\*\*专业开展的“\*\*\*\*\*\*\*\*\*”项目自\*\*\*\*年\*\*月\*\*日启动，于\*\*\*\*年\*\*月\*\*日已结束全部病例入组及样本检测，协议签约\*\*例，该中心共入组\*\*例，研究者判定完成病例\*\*例、未完成病例\*\*例。根据\*\*\*\*年\*\*月\*\*日签署合作协议结合项目实际情况进行费用结算如下。

**一、项目产生费用明细**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目费用明细（根据实际条目修改表格）** | | | | |
| 项目 | 单价 | | 观察例数 | 合计 |
| 研究者劳务费 |  | |  |  |
| 受试者检查/检验费 |  | |  |  |
| 受试者补贴 |  | |  |  |
| 文件管理费 |  | |  |  |
| 机构管理费 | | | |  |
| 伦理审查费 | | | |  |
| 医院管理费 | | 30% | |  |
| 不含税总计 | | | |  |
| 税费 | | 6% | |  |
| 总费用（含税总计） | | | |  |

**二、项目退款费用明细（□无 □有）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目退费明细（根据实际条目修改表格）** | | | | |
| 项目 | 单价 | | 例数 | 合计 |
| 研究者劳务费 |  | |  |  |
| 受试者检查/检验费 |  | |  |  |
| 受试者补贴 |  | |  |  |
| 文件管理费 |  | |  |  |
| 医院管理费 | | 30% | |  |
| 不含税总计 | | | |  |
| 税费（退款：税费咨询机构办） | | 6% | |  |
| 总费用（含税总计） | | | |  |

**三、费用支付及结算情况**1、支付信息：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支付次数 | 支付日期 | 支付金额 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
|  | 合计 |  |

2、需结算情况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 产生  总费用 | 已支付  费用 | 结款/退款 | 金额 | 结算/退款账号信息 |
|  |  |  |  |  |

3、协商事宜：□有 □无

|  |
| --- |
| 若有产生协议外协商事宜，请在此备注说明： |

研究者签字确认：

申办方：

日期：