

מרכז רפואי רבין
ועדת הלסינקי
טל: 9377218

תאריך:

דרישה לתשלום – מעודכנת לחודש ינואר 2016

1. נושא המחקר:
2. שם החוקר הראשי: מחלקה: בי"ח :
3. מספר המחקר בועדה:
4. מספר פרוטוקול:
5. הבקשה מוגשת לישיבה שתתקיים בתאריך :
6. שם החברה המסחרית :
7. שם איש הקשר בחברה:
8. מס' טלפון:
9. התשלום הינו בגין:

טיפול בבקשה חדשה 4000 ₪

טיפול בתת מחקר גנטי 2000 ₪

הארכה 800 ש"ח

עדכון לפרוטוקול 800 ש"ח

עדכון טופס הסכמה שאינו נובע מעדכון הפרוטוקול : 800 ש"ח

התשלום ישולם לפקודת קרן מחקרים , בי"ח בלינסון, מרכז רפואי רבין.

הסכום יועבר למזכירות ועדת הלסינקי ע"י מתאמת המחקר
יש להעביר את התשלום במועד הגשת הבקשה.

אני הח"מ מאשר כי ידוע לי כי התשלום אינו קשור לאישורה או אי אישורה של הועדה המוסדית,
או הארצית, או כל גוף חיצוני אחר.

חתימת היוזם/נציג

שם היוזם/נציג