

תאריך: _____

לכבוד

שם החברה: _____

נציג: _____

כתובת: _____

הנדון: דרישת תשלום דמי טיפול בהארכת מחקר

נודה לכם על תשלום סכום של 800 ₪ עבור הטיפול בבקשה להארכת תוקף מחקר המוגשת לדיון בוועדת הלסינקי של המרכז

הרפואי סורוקה

מס' הפרוטוקול: _____ מס' מחקר בוועדת הלסינקי: _____

תאריך אישור המחקר המקורי: _____

נושא (שם המחקר): _____

החוקר הראשי: _____ מחלקה: _____

נא לרשום את התשלום לפקודת "המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה". יש לצרף להמחאת התשלום מסמך זה הכולל את

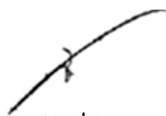
פרטי החוקר וזיהוי המחקר, ולמסור לידי החוקר לצורך תשלום בקופת המרכז הרפואי. לבירורים ניתן לפנות לגבי יוליה

גרינשפון בטלפון: 08-6244215.

לתשומת לבכם: תשלום זה הוא עבור הטיפול בבקשה לאישור שינוי בפרוטוקול ניסוי של החברה, ע"י ועדת הלסינקי

המוסדית. אין המרכז הרפואי סורוקה מתחייב כי הבקשה זו תאושר ע"י ועדת הלסינקי המוסדית או הארצית, או ע"י כל גוף

חיצוני אחר. התשלום דלעיל אינו בגין אישור הבקשה ולא יוחזר אם הבקשה לא תאושר, מכל סיבה שהיא.



ד"ר גל איפרגן
סגן מנהל המרכז הרפואי
האוניברסיטאי סורוקה

העתק
גבי אביגיל הבא, רמ"ד קרנות, אגף הכספים