

**דרישת תשלום עבור טיפול בוועדת הלסינקי**

תאריך: \_\_\_\_\_

שם החברה: \_\_\_\_\_

נציג: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

מס' הפרוטוקול: \_\_\_\_\_ מס' מחקר בוועדת הלסינקי: \_\_\_\_\_

החוקר הראשי: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_

**תשלום עבור:**

טיפול בבקשה למחקר חדש (כולל בקשות שמוגשות לוועדה המרכזית) – 4,000 ₪

טיפול בבקשה לתת מחקר גנטי – 2,000 ₪

טיפול בבקשה להארכת מחקר – 800 ₪

טיפול בבקשות לשינויים:

טופס הסכמה – 800 ₪       פרוטוקול – 800 ₪       חוברת לחוקר – 800 ₪

אסמכתא: \_\_\_\_\_

נא לרשום את התשלום לפקודת "המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה".  
יש להגיש לוועדת הלסינקי מסמך זה יחד עם המחאת התשלום או פרטי ביצוע העברה בנקאית.  
לבירורים יש לפנות לוועדת הלסינקי.

לתשומת לבכם: תשלום זה הוא עבור הטיפול בבקשה.  
אין המרכז הרפואי סורוקה מתחייב כי בקשה זו תאושר ע"י ועדת הלסינקי המוסדית, המרכזית או הארצית, או ע"י כל גוף חיצוני אחר. התשלום דלעיל אינו בגין אישור הבקשה ולא יוחזר אם הבקשה לא תאושר, מכל סיבה שהיא.

להלן פרטי בנק לצורך העברה בנקאית:

Bank Name: **HAPOALIM**  
Account Name: **SOROKA UNIVERSITY MEDICAL CENTER**  
Bank Address: **98 YIGAL ALON ST. TEL AVIV, ISRAEL**  
IBAN: **IL-62012063000000021122**  
SWIFT(OR BANK) CODE: **POALILIT**  
Account No. **12-063-211122**

בברכה,  
ד"ר יפה אשור  
סגנית מנהל המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

סורוקה מרכז רפואי אוניברסיטאי  
ד"ר יפה אשור  
סגנית מנהל המרכז הרפואי