

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

שם החברה: \_\_\_\_\_

נציג: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

### הנדון: דרישת תשלום דמי טיפול במחקר חדש

נודה לכם על תשלום סכום של 4,000 ₪ עבור הטיפול בבקשה לאישור פרוטוקול מחקר חדש המוגש למרכז הרפואי סורוקה.

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

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 לגב' יוליה גרינשפון בטלפון: 08-6244215.

**לתשומת לבכם:** תשלום זה הוא עבור הטיפול בבקשה לאישור פרוטוקול ניסוי של החברה. אין המרכז הרפואי סורוקה מתחייב כי הבקשה 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.

  
ד"ר גל איפרגן  
סגן מנהל המרכז הרפואי  
האוניברסיטאי סורוקה

העתק  
גב' אביגיל הבא, רמ"ד קרנות, אגף הכספים