**药物/医疗器械临床研究费用尾款结算函**

广州市妇女儿童医疗中心药物临床试验机构：

您好！

\*\*\*\*\*（申办方/CRO公司的名字）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（与合同附件或签署内容保持一致）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*\*\*\***项目经费预算** | | | | | |
| 项目 | 单价 | 次数 | 小计 | 观察例数 | 总计 |
| 研究者劳务费 |  |  |  |  |  |
| 受试者补贴 |  |  |  |  |  |
| 机构管理费 | | | | | 5000.00 |
| 伦理审查费 | | | | | 5000.00 |
| 医院管理费 | | 30% | | |  |
| 不含税总计 | | | | |  |
| 税费 | | 6% | | |  |
| 总费用（含税总计） | | | | |  |

二、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 | 支付账号信息 |
| 1 |  |  | 账户名称：广州市妇女儿童医疗中心  开户行：招商银行股份有限公司广州人民中路支行  账号：120906481310503 |
| 2 |  |  |

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 |
|  |  |  |  | 账户名称：广州市妇女儿童医疗中心  开户行：招商银行股份有限公司广州人民中路支行  账号：120906481310503 |

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： |

本项目产生费用明细及结算情况请\*\*\*\*\*（申办方/CRO公司的名字）费用管理人员进行核实尾款数目、账号、开户行、开户名称等信息，核对无误后，落实费用结算事宜。

特此说明！

|  |
| --- |
| 项目负责人签字及日期： |