

מרכז רפואי רבין
ועדת הליסינקי
טל: 9377218

תאריך:

דרישה לתשלום – 2019

1. נושא המחקר:
 2. שם החוקר הראשי:
 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 במחקר שהוגש דרך ועדה מרכזית 4000 ש"ח
- טיפול בתת מחקר גנטי 2000 ₪
- טיפול במחקר גנטי רגיל 4000 ש"ח
- הארכה 800 ₪ (גם לגבי תת מחקר גנטי)
- עדכון לפרוטוקול (במידה ומעדכנים את טופס ההסכמה באותו עדכון – לא נדרש תשלום נוסף, עדכון פרוטוקול של מחקר תת גנטי – התשלום כלול בראשי) 800 ש"ח
- עדכון טופס הסכמה שאינו נובע מעדכון הפרוטוקול : 800 ש"ח
- התשלום ישולם לפקודת קרן מחקרים, בי"ח בלינסון, מרכז רפואי רבין (פרטי העברה בעמוד הבא).
- הסכום או תיעוד התשלום יועבר למזכירות ועדת הליסינקי 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

פרטי חשבון להעברות:

Account holder : RABIN MEDICAL CENTER
Bank name: HAPOALIM
Branch address: TEL AVIV 98 YIGAL ALON
Account Number : 7541
IBAN: IL50-0120-6300-0000-0007-541
SWIFT CODE : POALILIT

ח.פ. - 589906114

בנק 12 – פועלים
סניף - 063
ח-ן - 7541