

מרכז רפואי רבין
ועדת הליסינקי
טל: 03-9377218

דרישה לתשלום – 2024

1. נושא המחקר:
2. שם החוקר הראשי: מחלקה: בי"ח :
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 (כל הגשה כולל מחקר גנטי רגיל) ₪ 7500
- ☐ טיפול במחקר שהוגש דרך ועדה מרכזית ₪ 7500
- ☐ הארכה 1000 ₪ (גם לגבי תת מחקר גנטי שלא מוגש כחלק מהראשי)
- ☐ עדכון לפרוטוקול (במידה ומעדכנים את טופס ההסכמה באותו עדכון – לא נדרש תשלום נוסף, עדכון פרוטוקול של מחקר תת גנטי – התשלום כלול בראשי) 1000 ש"ח
- ☐ עדכון טופס הסכמה Assenti שאינו נובע מעדכון הפרוטוקול או חוברת לחוקר: 1000 ₪
- ☐ עדכון חוברת לחוקר: 1000 ש"ח

התשלום ישולם לפקודת: **"קרן מחקרים בי"ח בלינסון - מרכז רפואי רבין"**

בנק 12 הפועלים, סניף 063, מס' חשבון 7541

ח.פ. - 589906114

Account holder : RABIN MEDICAL CENTER
Bank name: HAPOALIM
HAROKMIM 26 Branch address: HOLON
Account Number : 7541
IBAN: IL50-0120-6300-0000-0007-541
SWIFT CODE : POALILIT

הסכום או תיעוד התשלום יועבר למזכירות ועדת הליסינקי ע"י מתאמת המחקר
יש להעביר את התשלום במועד הגשת הבקשה.