**临床试验项目尾款结算/退还说明函**

**项目基本情况：**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **中心名称及编号** |  |
| **专业科室** |  |
| **主要研究者** |  |
| **申办方** |  |
| **CRO** |  |

尊敬的上饶市人民医院国家药物临床试验机构：

申办者（/CRO） 有限公司在贵院 专业科室、开展的 项目。本中心于 年 月 日启动，截至到 年 月 日最后一例受试者已出组，试验共筛选 例受试者、入组 例受试者、完成 例受试者、退出 例受试者，合同签署 例受试者。现将该项目研究费用情况汇报如下：

**一、试验中申办者/CRO应付总金额：**

申办者/CRO应支付试验中心临床研究经费（含税款）共计人民币： 元，详情见附表（试验项目结算清单）。

**二、已付款项明细：**

年 月 日 有限公司支付临床试验项目首期付款 元。

**三、需支付/退回尾款金额：**

综上所述， 临床试验项目费用仍需支付/退还 元，其中主协议待付款/退还 元，CRC协议待付款 元。

请对以上费用情况进行审核，谢谢！

有限公司（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
|  |

**回 执 页**

审核意见：

按以上说明进行结算。

主要研究者签名： 机构办主任签名：

日 期 ： 日 期：

上饶市人民医院国家药物临床试验机构（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **上饶市人民医院**  **（简写）试验项目结算清单** | | | | | | | | | | | | |
| **A.临床试验检查费** | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 受试者筛选号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | 合计 | 结算时间 |
| 1 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 检查费总计 | | 元 | | | | 备注： | | | | | | |
| **B.临床试验观察费** | | | | | | | | | | | | |
| 观察费总计 | | 元 | | | | 备注：合计入组 例，其中完成 例：研究者观察费总计 元。 | | | | | | |
| **C.药物/医疗器械管理费** | | | | | | | | | | | | |
| 药物/医疗器械管理费总计 | | 元 | | | | 备注：每月 300 元，按\*\*个月计算（年月-年月），共计 元。 | | | | | | |
| **D.受试者交通补助费** | | | | | | | | | | | | |
| 交通补助费总计 | | 元 | | | | 备注：元/例，按照实际结算 | | | | | | |
| **E.影像刻盘费** | | | | | | | | | | | | |
| 刻盘费 | | 元 | | | | 备注：100元/张 | | | | | | |
| **F.临床试验管理费** | | | | | | | | | | | | |
| 机构管理费 | | 元 | | | | 备注：F=(A+B+C+D+E)\*15% | | | | | | |
| A+B+C+D+E费用核算依据为《药物临床试验合同》 | | | | | | | | | | | | |
| **G.税费** | | | | | | | | | | | | |
| 税费合计 | | 元 | | | | 备注：G=（A+B+C+D+E+F）×6.7687% | | | | | | |
| **H.CRC管理费及税费** | | | | | | | | | | | | |
| CRC管理费 | | 元 | | | | 备注：416.67元/月，年月至年月 | | | | | | |
| CRC管理费税费 | | 元 | | | | 备注：CRC管理费×6.7687% | | | | | | |
| **综上所述：本次试验费合计应为¥**  **=（A+B+C+D+E+F+G+H）** | | | | | | | | | | | | |

备注：表格根据实际情况填写。