### 广州市番禺区妇幼保健院临床试验尾款结算说明函

试验名称：1

申办方： 研究科室：

CRO： 主要研究者：

尊敬的广州市番禺区妇幼保健院药物临床试验机构：

受申办方 XXXX 的委托，xxxx（CRO公司）在贵院组织开展的\_XXXXXX（试验名称） 临床试验，本试验于 年 月 日启动，于 年 月 日筛选首例受试者，于 年 月 日入组首例受试者，于 年 月 日结束最后一例受试者随访，共筛选 例，入组成功 例，其中剔除 例，合格例数为 例。现将该项目研究费用支付情况汇报如下：

**一、已签订合同金额**

1、 年 月 日签订研究协议，具体费用明细如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目内容** | **单价** | **数量** | **合计** |
| **临****床****试****验****费** | **病例观察费** | 10,000元/例 | 10例 | 100000.0 |
|  **检验检查费** |
| 血常规 | xx元/次 | xx次×10例 | xx |
| 肝功能 | xx元/次 | xx次×10例 | xx |
| 肾功能 | xx元/次 | xx次×10例 | xx |
| 电解质 | xx元/次 | xx次×10例 | xx |
| 凝血纤溶系统检查 | xx元/次 | xx次×10例 | xx |
| 血气分析 | xx元/次 | xx次×10例 | xx |
| ...... |  |  |  |
| **受试者补贴费** | xx元/次 | xx次×10例 |  |
| **药品管理费** | 按研究者观察费的5%计算 |  |
| **机构质控费** | 按研究者观察费的10%计算 |  |
| **项目管理费** | 按临床试验总经费的15%计算 |  |
| **临床试验设计协作费(如适用）** | XXXX元/项 | 1 | XXXX |
| 合计： | A |
| **发票税费** | 按6.0%计算 |  |  |
| 总计： |  |

1. 支付方式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **付款时间** | **总费用百分比** | **付款金额（元）** |
| 01 | 签署本协议后且临床研究项目启动前 | 约10% |  |
| 02 | 样本入组50% | 约25% |   |
| 03 | 样本入组75% | 约25% |  |
| 04 | 临床研究结束提交临床报告前 | 约40% |   |

**二、已付金额**

1、 年 月 日支付试验总费用的 ，即已付款金额为 元；

2、 年 月 日支付试验总费用的 ，即已付款金额为 元；

3、 年 月 日支付试验总费用的 ，即已付款金额为 元；

截止 年 月 日共付款金额 元。

1. **实际产生的金额情况**

实际产生临床试验费用如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目内容** | **费用产生明细** | **金额** |
| **临****床****试****验****费** | **病例观察费** | 详细情况见附件1 | xx元 |
| **检验检查费** | 详细情况见附件2 | xx元 |
| **受试者补贴费** | 详细情况见附件3 | xx元 |
| **药品管理费** | 按研究者观察费的5%计算 | xx元 |
| **机构质控费** | 按研究者观察费的10%计算 | xx元 |
| **项目管理费** | 按临床试验总经费的15%计算 | xx元 |
| **临床试验设计协作费(如适用）** | XXXX元/项 |
| **合计** | **A** |
| **发票税费** | 按6.0%计算 |  |
| **总计** |  |

**四、需付金额：**

综上，我司应支付尾款**=实际试验总经费－已付金额，即= － = 元。即还需要支付尾款：¥ （ 万 仟 拾 元 角 分）。**

请对以上费用计算进行审核，谢谢！

申办方/CRO：

签 字：

日 期：

主要研究者： 广州市番禺区妇幼保健院

签 字： 签 字：

日 期：日 期：

附件1：

**病例观察费明细**

试验名称：1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 筛选号 | 访视1（V1） | 访视2（V2） | ... | 合计 | 备注 |
| 病例观察费（元） | 静脉输液配置费 | 影像评估费（含刻盘） | 病例观察费（元） | 静脉输液配置费 | 影像评估费（含刻盘） | ... |  |  |
| xx | xx | xx | xx | xx | xx | xx |  |  |  |
| xx | xx | xx | xx | xx | xx | xx |  |  |  |
| xx | xx | xx | xx | xx | xx | xx |  |  |  |
| xx | xx | xx | xx | xx | xx | xx |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计产生病例观察费： |

机构代表签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件2：

**检验检查费明细**

试验名称：1

|  |  |
| --- | --- |
| 检验检查 | 筛选号 |
| 001 | 002 | 003 | ...... |  |  |  |  |  |
| 项目名称1（项目代码） | xx次/元日期：日期：日期：日期： | xx次/元日期：日期：日期：日期： | xx次/元日期：日期：日期：日期： |  |  |  |  |  |  |
| 项目名称2（项目代码 | xx次/元日期：日期：日期：日期： | xx次/元日期：日期：日期：日期： | xx次/元日期：日期：日期：日期： |  |  |  |  |  |  |
| 项目名称3（项目代码 | xx次/元日期：日期：日期：日期： | xx次/元日期：日期：日期：日期： | xx次/元日期：日期：日期：日期： |  |  |  |  |  |  |
| ...... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计产生检验检查费： |

机构代表签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件3：

**受试者补贴明细**

试验名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 筛选号 | 受试者补贴类别 |
|  |  |  |  | 合计 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 总计产生受试者补贴费： |

机构代表签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_