**尾款结算说明**

**一、项目情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 试验名称 |  |
| 申办方 |  |
| 开展专业 |  | 主要研究者 |  |
| 合同签署例数 |  | 合同金额 |  |
| 实际筛选例数 |  | 入组例数 |  | 完成例数 |  |

**二、发生费用明细**（此表可根据实际情况调整）

|  |  |
| --- | --- |
| 牵头费 |  |
| 研究者费 |  |
| 检查费 |  |
| 受试者补助费 |  |
| GCP药房管理费 |  |
| 医院管理费 |  |
| 学科建设费 |  |
| 税费 |  |
| 总费用合计 |  |

**三、费用支付情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 付款金额 | 付款日期 |
| 首付款 |  |  |
| 第二次付款 |  |  |
| 第三次付款 |  |  |
| … |  |  |
| 已支付费用合计 |  |
| **待支付尾款金额** |  |

**四、平台科室结算情况**（可与研究者确认后填写或研究者自填）

检查检验相关费用是否已与平台科室结清：

检验科 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

超声科 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

心内科 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

影像科 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

病理科 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

采血中心 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

放射科 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

GCP药房 □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清 □不涉及

\_\_\_\_\_\_\_ □是 □否，预计\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月结清

上述费用已确认。

主要研究者签字：

 日期：

公司盖章：

日期：