

תאריך : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**דרישה לתשלום דמי הלסינקי**

שם המחקר (עברית): ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' פרוטוקול:­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' הלסינקי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם החוקר הראשי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הבקשה מוגשת לישיבה שתתקיים בתאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם החברה המסחרית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

התשלום הינו בגין טיפול ב: נא להקיף בעיגול:

* בקשה חדשה 7500 ₪
* בקשה להארכת תוקף מחקר 1000 ₪.
* גרסה חדשה לפרוטוקול 1000 ₪. \*\* רק מה שמוגש לאחר קבלת טופס 7 דורש תשלום.
* גרסה חדשה לחוברת לחוקר 1000 ₪. \*\* רק מה שמוגש לאחר קבלת טופס 7 דורש תשלום.
* גרסה חדשה לכתב הסכמה בעברית בלבד- 1000 ₪. \*\* רק מה שמוגש לאחר קבלת טופס 7 דורש תשלום.

\* כאשר מוגשים מס' שינויים יחד (חוץ מהארכת תוקף) יש לשלם רק פעם אחת,

לדוג': במידה ומגישים גרסה חדשה לפרוטוקול וגרסה חדשה ל IB ביחד יש לשלם רק פעם אחת.

שינויים מנהליים– ללא עלות.

ניתן לשלם ב:

צ'ק לפקודת תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי לגליל או ע"י העברה בנקאית:

עבור תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי לגליל, בנק דיסקונט, סניף נהריה מס' 097 חשבון 110819456.

נא לשלוח אסמכתא בגין העברה בנקאית למייל : lioraa@gmc.gov.il

טלפון: 04-9107572, פקס 04-9107153

SWIFT CODE : IDBLILIT

IBAN NO : IL150110970000110819456

**DETAILS OF THE BENEFICIARY :**

NAME : **HEALTH CORPORATION OF GALILEE MEDICAL CENTER**

ADDRESS : P.O.BOX 21 NAHARIYA

בבקשה לעדכן את החוקר הראשי / מתאמת המחקר במידה ומתבצעת העברה בנקאית.

תודה.