



Division of Research & Development

האגף למחקר ופיתוח

תאריך: _____

דרישה לתשלום דמי הלסינקי

1. שם המחקר (עברית): _____
2. מסי פרוטוקול: _____
3. מסי הלסינקי: _____
4. שם החוקר הראשי: _____ מחלקה: _____
5. הבקשה מוגשת לישיבה שתתקיים בתאריך: _____
6. שם החברה המסחרית: _____
7. שם איש הקשר בחברה: _____
8. מס. טלפון: _____ מס. פקס: _____
9. התשלום הנו בגין טיפול ב: _____

- בקשה חדשה – 7,500 ₪
- הארכת תוקף - 1000 ₪
- גרסה חדשה / תוספת לפרוטוקול - 1000 ₪
- גרסה חדשה / תוספת לחוברת לחוקר - 1000 ₪
- שינויים מנהליים או שינויים שאינם משמעותיים - ללא עלות
- טופס הסכמה ודיווחי בטיחות – ללא עלות

צ'ק לפקודת - תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי ת"א.

יש להעביר את הצ'ק לחוקר/מתאמי המחקר עם הגשת הפרוטוקול לטיפול ועדת הלסינקי ולציין מסי הלסינקי ושם החוקר/ת. אין לשלוח ישירות לקרן מחקרים.

בברכה

פרופ' אלי שפרכר

סמנכ"ל למחקר פיתוח וחדשנות

פרופ' אלי שפרכר
סמנכ"ל מחקר פיתוח וחדשנות
מרכז רפואי ת"א ע"ש סוראסקי

אני הח"מ מאשר כי ידוע לי כי תשלום עבור טופס הבקשה אינו קשור לאישורה או אי אישורה ע"י הועדה המוסדית, או הארצית, או ע"י כל גוף חיצוני אחר.

חתימת היוזם

שם היוזם

טל': 03-6974761 | פקס: 03-6925739

טל': *8801 | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906, Tel Aviv, Weizman St. 6