

תאריך: _____

דרישה לתשלום דמי הלסינקי

1. שם המחקר (עברית): _____
2. מס' פרוטוקול: _____
3. מס' 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
- טופס הסכמה דיגיטלי (פרונטלי) – 300 ₪ בעת הגשה ראשונית
- טופס הסכמה דיגיטלי (פרונטלי) – 300 ₪ בעת הארכת תוקף
- שרות מתאמת הגשות – 150 ₪ לשעה (מינימום שעתיים + תקורה 18%)

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 מס' הלסינקי ושם החוקר/ת.
אין לשלוח ישירות לקרן מחקרים.

סמנכ"ל דוד זלצר
סמנכ"ל מחקר פיתוח וחדשנות
מרכז רפואי תל אביב ע"ש סוראסקי

בברכה,
פרופ' דוד זלצר
סמנכ"ל למחקר פיתוח וחדשנות

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