|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **体外诊断试剂盒(IVD)项目费用结算清单** | | | | | | | | | |
| 项目名称 | |  | | | | | | | |
| 专业名称 | |  | 项目PI | |  | | | | |
| 申办方 | |  | | | | | | | |
| 长期联络人 | |  | 电话及邮箱 | |  | | | | |
| 汇款日期 | |  | | 汇款金额（元） | | | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| **研究费用明细** | | | | | | | | | |
| 负责内容 | | 单价（元） | 实际入组例数 | | 费用总计（元） | | 承担科室负责人签名 | | 备注 |
| 1.样本采集及知情同意费用 | |  |  | |  | |  | |  |
| 2.样本收集及保管费用 | |  |  | |  | |  | |  |
| 3.样本处理检测及结果判定 | |  |  | |  | |  | |  |
| 4.其他费用： | |  |  | |  | |  | | 请详细例出，并承担科室签字 |
| 5.受试者补助 | |  |  | |  | | / | | 申办方自行支付？ |
| **其他费用及总计（元）** | | | | | | | | | |
| 6.档案管理费 |  | | 7.牵头费 | | |  | | | 根据协议结算 |
| 8.试剂管理费 |  | | 9.遗传资源审核 | | |  | | |
| 10.机构质控费 |  | | 11.项目立项费 | | |  | | |
| 12.上述总计 | |  | | | | | | | 1至11项费用相加 |
| 13.机构管理费 | |  | | | | | | | 上述总计\*0.12 |
| 税费 | |  | | | | | | | （第12项+第13项）\*0.07 |
| 应付费用合计 | |  | | | | | | |  |
| 已汇款项合计 | |  | | | | | | | **尾款支付日期：** |
| 待退款金额 | |  | | | | | | | 按机构流程退款 |
| 主要研究者确认签名： | |  | | | 日期： | |  | | |
| 专业负责人确认签名： | |  | | | 日期： | |  | | |
| 机构办公室签名： | |  | | | 日期： | |  | | |