|  |
| --- |
| **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 |
| 14.税费 |  | （12+13）\*0.07 |
| 应付费用合计 |  | 12+13+14 |
| 已汇款项合计 |  | 现已到账总计 |
| 尾款金额 |  | **尾款支付日期：** |
| 待退款金额 |  | 按机构流程申请退款 |
| 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： |  |