### 广州市番禺区妇幼保健院临床试验尾款结算说明函

试验名称：1

申办方： 研究科室：

CRO： 主要研究者：

尊敬的广州市番禺区妇幼保健院药物临床试验机构：

受申办方 XXXX 的委托，xxxx（CRO公司）在贵院组织开展的\_XXXXXX（试验名称） 临床试验，本试验于 年 月 日启动，于 年 月 日筛选首例受试者，于 年 月 日入组首例样本试验，于 年 月 日结束最后一例样本试验，共入组 例样本。现将该项目研究费用支付情况汇报如下：

**一、已签订合同金额：**

1、 年 月 日签订研究协议，具体费用明细如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目内容** | **单价** | **数量** | **合计（元）** |
| 01 | 试验费用 |  |  |  |
| 02 | 受试者交通补贴费 |  |  |  |
| 03 | 机构质控费 |  |  |  |
| 04 | 项目管理费 |  |  |  |
| 05 | 发票税费 |  |  |
| **06** | **试验总经费合计** |  |

1. 支付方式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **付款时间** | **总费用百分比** | **付款金额（元）** |
| 01 | 签署本协议后且临床研究项目启动前 | 约10% |  |
| 02 | 样本入组50% | 约25% |   |
| 03 | 样本入组75% | 约25% |  |
| 04 | 临床研究结束提交临床报告前 | 约40% |   |

**二、已付金额：**

1、 年 月 日支付试验总费用的 ，即已付款金额为 元；

2、 年 月 日支付试验总费用的 ，即已付款金额为 元；

3、 年 月 日支付试验总费用的 ，即已付款金额为 元；

截止 年 月 日共付款金额 元。

1. **实际产生的金额情况：**

实际产生临床试验费用如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目内容** | **单价** | **数量** | **合计（元）** | **备注** |
| 01 | 试验费用 |  |  |  | / |
| 02 | 受试者交通补贴费 |  |  |  |  位受试者放弃交通补贴费 |
| 03 | 机构质控费 |  |  |  | / |
| 04 | 项目管理费 |  |  |  | / |
| 05 | 发票税费 | 01-04项总费用×6.0% |  | / |
| **06** | **试验总经费合计** |  |

**四、需付金额：**

综上，我司应支付尾款**=试验总经费－已付金额= 元。**

请对以上费用计算进行审核，谢谢！

主要研究者：申办方：

签 字： 签 字：

日 期：日 期：

广州市番禺区妇幼保健院机构办

签 字：

日 期：