**临床试验经费尾款结算函**

**项目名称：**

1. **项目情况**

合同计划例数： 例；

筛选: 例，入组 例，完成 例，脱落 例。

1. **合同金额支付情况**

首款已支付 元（支付时间： 年 月 日）

第二次已支付 元（支付时间： 年 月 日）

第三次已支付 元（支付时间： 年 月 日）

1. **实际产生费用情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目内容** | **例数** | **每例费用（元）** | **总费用（元）** | **备注** |
| 研究者观察费 | 筛选失败 |  |  |  | 附详细情况 |
| 完成试验受试者 |  |  |  |
| 脱落 |  |  |  |
| 受试者检验/检验费 | 筛选失败 |  |  |  | 附详细情况 |
| 完成试验受试者 |  |  |  |
| 脱落 |  |  |  |
| 计划外检验/检查费用（如涉及） |  |  |  |
| 受试者补偿费 | 筛选失败 |  |  |  | 附详细情况 |
| 完成试验受试者 |  |  |  |
| 脱落 |  |  |  |
| AE/SAE处置相关费用（如涉及） | 门诊诊疗费 |  |  |  |  |
| 住院治疗处置费 |  |  |  |  |
| 药品费用 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |
| 机构运行费 | 观察费（含筛败）30% |  |  |  |  |
| 档案保管费（如涉及） |  |  |  |  |
| 伦理审查费 | 会议审查 |  |  |  |  |
| 快速审查 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |
| 其它 | 药品费用（如涉及） |  |  |  | 附清单 |
| 医用耗材等 |  |  |  |
| ... |  |  |  |
| **合计（不含税）** |  |
| **发票税费（总费用1%）** |  |
| **总计（含税）** |  |

1. **尾款需支付情况**

实际产生费用－已支付的费用= 尾款需支付的金额

合同付款方：

PI：

机构办确认：

日期：