



תאריך: \_\_\_\_\_

## דרישה לתשלום דמי הלסינקי

שם המחקר (עברית): \_\_\_\_\_

מס' פרוטוקול: \_\_\_\_\_

מס' הלסינקי: \_\_\_\_\_

שם החוקר הראשי: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_

הבקשה מוגשת לישיבה שתתקיים בתאריך: \_\_\_\_\_

שם החברה המסחרית: \_\_\_\_\_

מס' טלפון: \_\_\_\_\_

התשלום הינו בגין טיפול ב: נא להקיף בעיגול:

- בקשה חדשה 7500 ₪
- בקשה להארכת תוקף מחקר 1000 ₪.
- גרסה חדשה לפרוטוקול 1000 ₪. \*\* רק מה שמוגש לאחר קבלת טופס 7 דורש תשלום.
- גרסה חדשה לחוברת לחוקר 1000 ₪. \*\* רק מה שמוגש לאחר קבלת טופס 7 דורש תשלום.
- גרסה חדשה לכתב הסכמה בעברית בלבד- 1000 ₪. \*\* רק מה שמוגש לאחר קבלת טופס 7 דורש תשלום.

\* כאשר מוגשים מס' שינויים יחד (חוץ מהארכת תוקף) יש לשלם רק פעם אחת, לדוג': במידה ומגישים גרסה חדשה לפרוטוקול וגרסה חדשה ל IB ביחד יש לשלם רק פעם אחת. שינויים מנהליים – ללא עלות.

ניתן לשלם ב:

צ'ק לפקודת תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי לגליל או ע"י העברה בנקאית:

עבור תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי לגליל, בנק דיסקונט, סניף נהריה מס' 097 חשבון 110819456.

נא לשלוח אסמכתא בגין העברה בנקאית למייל: [lioraa@gmc.gov.il](mailto:lioraa@gmc.gov.il)

טלפון: 04-9107572, פקס 04-9107153

SWIFT CODE : IDBLILIT

IBAN NO : IL150110970000110819456

### DETAILS OF THE BENEFICIARY :

NAME : HEALTH CORPORATION OF GALILEE MEDICAL CENTER

ADDRESS : P.O.BOX 21 NAHARIYA

בבקשה לעדכן את החוקר הראשי / מתאמת המחקר במידה ומתבצעת העברה בנקאית.

תודה.