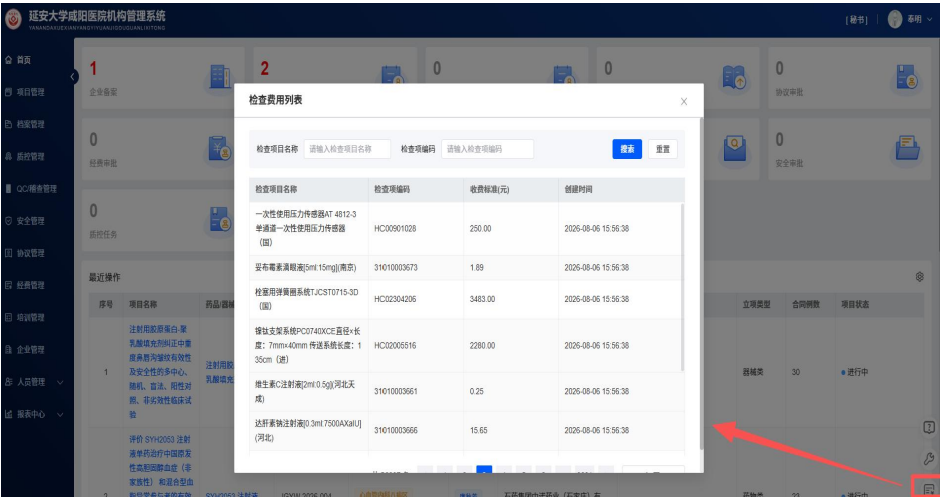


附件 1：合同附件须包括以下表格（需在合同中附此附件）

表 1：临床试验检查费明细（单例受试者）

涉及项目	检查项目	检查次数	单价（元）	合计（元）

备注： 1、相关费用在里恩系统右侧工具栏“检查费用”中查询。



2、CT、磁共振、PET- CT、胃镜、肠镜等检查，如产生材料费、药费，需在检查费基础上追加收取。相关费用估算如下，实际金额以尾款结算据实核算为准。（亦可根据具体检查项目咨询相关检查科室确定此部分费用）

	项目	材料费	药费	加收	备注
CT	计算机体层成像（CT）平扫	—	—	—	—
	计算机体层成像（CT）增强	53	374	100	按单个部位收费，超过三个部位按三个部位收费。每个部位增加单位检查费。
	计算机体层成像（CT）平扫+增强	53	374	100	1.同一部位平扫后立即行增强扫描的，增强扫描按 50%收取； 2.超过三个部位按三个部位收费。每个部位增加单位检查费。
	计算机体层（CT）造影成像（血管）【CTA】 （看血管：冠脉、颅内动脉、颅内静脉、颈动脉）	53	374	—	超过两根血管按两根收费。每根血管增加单位检查费。

	计算机体层（CT）灌注成像【CTP】（只能看颅脑脏器）		53	374	-	-
磁共振	磁共振（MR）平扫	磁共振（MR）平扫	-	-	-	超过三个部位按三个部位收费。每个部位增加单位检查费。
		DWI 磁共振功能成像				-
		磁共振（MR）平扫-特殊方式成像（加收）：(DTI、DWI（包含 ADC）、SWI、T2）				在平扫的基础上，每个序列号均需加相应费用
	MRI 磁共振【序列包括 T1、T2、FLAIR、3DT1（不太常做,做的时候需要注明）】	磁共振（MR）平扫+增强	758	53	145	按单个部位收费，超过三个部位按三个部位收费，每个部位增加单位检查费。
		心脏核磁（看心肌）	1273	53	290	-
		心脏核磁（看冠脉）	638	-	-	-
	磁共振（MR）灌注成像	3DASL（就是原来的磁共振功能成像）	-	-	-	-
		PWI（就是原来的磁共振灌注成像）	53	145	-	-
	磁共振（MR）平扫成像（血管）【MRA】（序列包括 3DTOF）		-	-	-	如增加≤1 根血管需加收一个单位检查费
DR 拍片	X 线摄影成像		-	-	-	-
	医用干式激光胶片 L5(14*17)(国)					
口腔 X 线	X 线摄影成像-口腔曲面体层成像（扩展）		-	-	-	-
PET-CT	检查费：全身 4950 元；躯干 3950 元；局部 3975 元		-	-	-	此检查不收材料费，因所做检查的用药差异性大，需要 PI 跟相关检查科室主任确认
电子胃十二指肠镜检	不插气管全身麻醉		400			-
	麻醉中监测		40			-
	静脉注射		5			-
	静脉输液		12			-
	药费及杂费		453.95			-
电子结肠镜检查	不插气管全身麻醉		400			-
	麻醉中监测		40			-
	静脉输液		12			-
	药费及杂费		501.61			-
住院费	包括但不限于：住院诊查费、床位费、二级护理费、静脉输液费		-			-

表 2：观察费、受试者补助费用明细（需在合同中附此附件）

	筛选期	导入期		治疗期								挽救治疗/终止/退出	安全性随访
访视时间	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13
研究者观察费													
中心实验室采血劳务费 80 元/次/人（如有）													
其它（如有）													
观察费总计： ____（研究者观察费）+____（中心实验室采血劳务费）+____（其它）=____元													
交通补助													
交通补助总计： ____元													
采血补助（如适用）													
采血补助总计： ____元													

（备注：同一工作量的访视点费用原则上保持一致，否则需说明原因，肿瘤项目应联系机构老师细化各访视点具体费用）

表 3 临床试验经费清单（需在合同中附此附件）

项目		计算依据	总金额（X 例）	附注
观察费	研究者观察费	X 元/例		
	中心实验室采血劳务费（如有）	元/例		
	其他劳务费			
检查费				
受试者补助				
机构管理费（观察费*30%）				

系统管理费	5000 元		
资料管理费	1000 元/年		
样本储存（-80 摄氏度冰箱）	200 元/冻存盒（96 人份）/月		
其它（如有）			
总计（不含税）			
税费			
总计（含税）			

附件 2：开票信息

单位名称：延安大学咸阳医院有限公司

统一社会信用代码：91610400MA6XNK083W

地址：咸阳市渭城区文林路 38 号

电话号码：33784132

开户行：工行咸阳文林路支行

账号：2604021009200031971

银行行号（联行号）：102795040299

银行行别代码：102

税号：91610400MA6XNK083W

附件 3：收费项目

检查费（附件 1 项目填写完毕如果不能涵盖所有需要检查项目。联系奉明报价）

机构管理费：观察费的 30%，

资料管理费：1000/年，

税费：总费用*6%，

临床试验系统服务管理费：5000 元/每个项目。

GCP 中心药房药品管理费：

一、免费服务：

1、常温药品管理：含储存、出入库登记、库存盘点。

2、24 小时温湿度监测：配备监测仪，实时监控。

3、安全保障：提供 UPS 不间断电源、联网监控摄像头。

二、收费服务：以下服务按 2000/年收费，不满一年按一年收费。（可按需选择，亦可项目组自行提供设备）

- 1、设备：冷藏冰箱（2-8℃）及阴凉柜（≤25℃）。（数量有限，先申请先使用）
- 2、备用温湿度监测：除项目组自行配备的温湿度监测仪作为主要数据来源的同时，GCP 中心药房提供 24 小时温湿度监测仪作为备用。
- 3、冰箱校准（项目组如需要）：项目组每年自行对 GCP 中心药房药品所存放的冰箱进行校准。如冰箱多项目共用时，中心药房协助本冰箱内存放的项目轮流校准。

如有疑问请联系 GCP 中心药房药品管理员康天虹，联系电话：

18710885821

附件 4：签署要求

1.如果不是法人签字需要提供法人的授权委托书；

2.如果不是公章需要提供合同专用章的公安局备案资料；

3.乙方签字页需包含：法人代表/授权代表签字、主要研究者签字；

4.乙方合同份数为 3 份；

5.补充合同注明主合同号；

6. 合同中必须约定“如任何一方不愿协商或在协商开始后 30 日无法协商解决，应向乙方所在地人民法院提起诉讼”。

7.公司签署并盖章完毕，纸质版确认审核通过后找主要研究者签字，

最后递交至机构办奉明进行医院签署流程。

8. 涉及 SMO 的需准备 CRC 协议，院方合同份数为 2 份

（特别说明：如果是由 CRO 公司与乙方签署合同，责任和赔付若 CRO 不负责或要求由申办方负责，则需签订三方协议，或同时签署申办方与乙方的协议，否则乙方与 CRO 的相关合同条款无效。）

附件 5：装订要求

订书钉订在左边，订两粒，位置分别位于上四分之一处和下四份之一处。

附件 6：修订要求

1. 初审反馈请标注“颜色底纹”，二审反馈请标注“颜色底纹”，
三审反馈请标注“颜色底纹”。