



דרישה לתשלום

תשלום דמי טיפול עבור ניסויים קליניים בבני אדם הינו אך ורק כאשר מקור מימון המחקר הוא מחברה מסחרית.

דמי טיפול נגבים עבור בקשה חדשה, הארכת תוקף מחקר ו/או בקשה לשינויים בפרוטוקול המחקר/ שינויים בחוברת לחוקר.

קיימות שתי אפשרויות לתשלום: המחאה או העברה בנקאית

בכל אמצעי התשלום יש לציין שהכספים מיועדים לפקודת "הסתדרות מדיציניית הדסה" / **Hadassah Medical Organization**

במקרה של העברת הכספים מחו"ל יש לוודא שהסכום הינו זהה לסכום הנדרש בשקלים (בהתאם לשער המטבע הזר באותו יום).

שימו לב, יש להעביר את פרטי התשלום לדואר אלקטרוני של היחידה לניסויים קליניים tamarh@hadassah.org.il

חובת החוקר/ מתאם המחקר לשמור על עותק אמצעי התשלום כהוכחת התשלום לוועדה.

פרטי גבייה:

פרטי חשבון בנק [לא IBAN]:

בנק פועלים – 12

סניף – 436

מספר חשבון – 25000

IBAN מספר 0000-0025-0000-3600-0124-0141-IL

פרטי המחקר:

1. נושא המחקר (בעברית):
2. שם החוקר הראשי: שם המחלקה: בית החולים: טלפון:
3. מספר תיק בקשה בוועדה:
4. שם החברה המסחרית:
5. שם איש הקשר בחברה:
6. מספר הטלפון:
7. מספר פקס:

פרטי התשלום:

התשלום נגבה מחברה מסחרית עבור:

בקשה חדשה – 7500 ₪

ניסוי משולב – 7500 ₪

בקשה להארכת תוקף המחקר - 1000 ₪

בקשה לביצוע שינויים בפרוטוקול – 1000 ₪

בקשה להגשת תוספת לפרוטוקול המחקר – 1000 ₪

בקשה לשינוי בחוברת לחוקר – 1000 ₪

בקשה להגשת תוספת לחוברת לחוקר – 1000 ₪



Date: _____

Application for payment
Hadassah Ethical Committee IRB fees for clinical trial

Invoice: [Helsinki number]

Sponsor: [name of the company]
[address of the company]

Sub: [research's subject]

Description	Price (NIS)	Payment
New application	₪ 7500	<input type="checkbox"/>
Extension of the trial	₪ 1000	<input type="checkbox"/>
New version of protocol	₪ 1000	<input type="checkbox"/>
Amendment to a protocol	₪ 1000	<input type="checkbox"/>
New version of investigator's brochure	₪ 1000	<input type="checkbox"/>
Amendment to an investigator's brochure	₪ 1000	<input type="checkbox"/>

Collection details:

Bank Hapoalim- 12

Bank Branch- 436

Bank account number- 25000

IBAN number- IL41-0124-3600-0000-0025-000

The payment is made to the order of “**Hadassah Medical Organization**”

Please send proof of payment to: tamarh@hadassah.org.il

Financial Department
Hadassah Medical Organization
P.O.Box 12000
Jerusalem 91120
Israel