**补充合同（序号）——**

**研究平台服务合同**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称：** |  |
| **委托方（甲方）：** |  |
| **注册地址：** |  |
| **联系人及电话：** |  |
| **受托方（乙方）：** | **中国医学科学院北京协和医院** |
| **注册地址：** | **北京市东城区王府井帅府园1号** |
| **专业组：** |  |
| **主要研究者：** |  |
| **联系人及电话：** |  |
| **临床药理研究中心负责人：** | **韩晓红** |
| **联系人及电话：** |  |
| **签订日期：** | **年 月 日** |

**鉴于：**

1. 甲方已委托乙方\_\_\_\_\_\_\_\_专业组\_\_\_\_\_\_\_\_主要研究者承担该项目临床试验并签订临床试验合同。
2. 甲方及乙方主要研究者协商一致，委托乙方临床药理研究中心提供研究平台服务并增加相应费用。

**服务内容和费用明细：**

* 1. 研究型病房费用

请联系孙巍老师（69154793）确认预算，请增加所有费用明细表格。

* 1. 中心药房使用费：单价/月\*预计保存\_月=\_\_\_\_\_\_元。

临床试验药房目前仅满足常温、15-25℃和2-8℃药物储存要求，需特殊管理的药物，包括麻精毒放类，请务必提前联系宋亚京/高黛慧老师确认（69154129/4232）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保存药物清单 | 剂型、剂量 | 储存条件（温度） |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

备注：

1.保存药物小于等于2种时按1500元/月收取；

2.保存药物3种及以上时按2000元/月收取；

3.相同品种不同剂量的药物按照多个药物计算；

4.最终按实际发生结算费用，保存时间不足整月时按整月计算。

* 1. 研究门诊服务费：（如主协议已约定此部分内容，无需在补充协议中体现）

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 单价 |
| 血液采集 | 30元/管 |
| 标本处理 | 60元/管 |
| PK尿取样 | 90元/次 |
| 留取粪便 | 90元/次 |
| 样本储存费 | 250元/周/项 |

备注：最终按实际发生结算费用

* 1. 管理费：（1.1+1.2+1.3）\*12%=（\_\_\_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_\_+NA）×12%=\_\_\_\_\_\_\_\_元。
  2. 流转税：（1.1+1.2+1.3+1.4）\*6.77%=（\_\_\_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_\_\_+NA+\_\_\_\_\_\_）×6.77%=\_\_\_\_\_\_元。
  3. 预计合同总额：（1.1+1.2+1.3+1.4+1.5=\_\_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_\_+NA+\_\_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_\_\_

=\_\_\_\_\_\_\_\_元。明细见费用汇总表。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **费用汇总表** | | | | | | | | |
| **项目** | | | | | **单价（人民币）** | | **预计例数/次数/月** | **小计（人民币）** |
| **1.研究病房服务费** | | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| **合计** | | | | | | | |  |
| **2.中心药房费** | | | 共计\_\_\_种 | |  | | 保存\_\_\_个月 |  |
| **3.其他服务费** | | 按实际发生结算 | | | | | | |
| **净值总额** | | | | | | | |  |
| **管理费** | | | | | | | |  |
| **流转税** | | | | | | | |  |
| **预计合同总额** | | | | | | | |  |
| **备注：** |  | | |  | |  | |  |
| 1.净值总额计算方法为1+2+3 | | | | | | | |  |
| 2.管理费计算方法为净值总额×12% | | | |  | |  | |  |
| 3.流转费计算方法为（净值总额+管理费）×6.77% | | | | | |  | |  |

**2.本协议项下所有对乙方临床药理研究中心的付款，均应单独支付至如下账户：**

户名：中国医学科学院北京协和医院

开户行：中国建设银行北京朝阳支行

账号：11001018700059999999

乙方收到费用后及时提供与费用金额相等的正式发票。

**付款计划**

1.研究经费：甲方同意向乙方临床药理研究中心提供\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（含税）的研究经费，以支持乙方临床药理研究中心提供的研究平台服务费用。

2.支付方式

**2.1 所有支付给乙方临床药理研究中心的费用应单独支付，并在付款时标注为研究平台服务费用。**

2.2甲方在使用平台服务前至少支付合同总金额30%的费用，即人民币（大写）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（￥\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元）。

2.3在试验过程中甲方应及时打款，若因甲方未及时打款，导致项目完成时间延后，乙方临床药理研究中心不承担任何责任。

2.4甲方在临床研究结束后、总结报告盖章前，按实际产生金额付清合同尾款，并单独结算。

2.5若临床试验期间，因方案修改导致研究经费发生变动，由双方重新协商解决。

本合同一式X份，各方X份（甲方X份，乙方临床药理研究中心两份，主要研究者一份），经签约各方签字盖章后，最后一个签字日期起生效。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委 托 人 （甲 方） | 名称 |  | 技术合同专用章或单位公章  年 月 日 |
| 注册地址 |  |
| 法定代表人 | （签字） |
| 受 托 人 （乙 方） | 名称 | 中国医学科学院北京协和医院 | 技术合同专用章或单位公章  年 月 日 |
| 注册地址 | 北京市东城区王府井帅府园1号 |
| 主要研究者 | （签字） |
| 临床药理研究中心负责人 | （签字） |