**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：** |  |
| **委托方（丙方）：** |  |
| **注册地址：** |  |
| **联系人及电话：** |  |
| **受托方（乙方）：** |  |
| **注册地址：** |  |
| **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. 管理费：（1.1）\*12%=（ ）×12%= 元。
	2. 流转税：（1.1+1.2）\*6.77%=（ ）×6.77%= 元。
	3. 预计合同总额：（1.1+1.2+1.3= + +

= 元。明细见费用汇总表。

|  |
| --- |
| **全款预算表/费用汇总表** |
| 试验药(通用名)/医疗器械： 主要研究者： £首次合同 £增补\_\_\_\_合同 方案名称或编号：  |
| **项目** | **单价****（人民币）**  | **预计受试者例数** | **小计（人民币）**  | **合计** |
| **1.研究病房服务费** |  |  |  |  |  |
| **2.中心药房费** |  |  |  |  |  |
| **3.其他服务费** |  |  |  |  |  |
| **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+32.管理费计算方法为净值总额×12%3.流转税计算方法为（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）。

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。

本合同一式五份，甲方一份，乙方临床药理研究中心两份，主要研究者一份，丙方一份，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） |
| 委 托 人 （丙 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） |