**XXX项目临床试验尾款结算**

1. **临床试验费用**

本次临床试验费用包括研究者观察费、检查费、受试者补贴、机构管理费、税费等共计XXX个部分组成。

1. 研究者观察费：

根据临床试验合同约定，研究者观察费每个访视XXX元/例，筛选失败病例的研究者观察费为XXX元/例，研究者观察费合计费用XXXXX元，费用详见*附件2*。

1. 检查费：

 本次试验涉及检查包括：12导联心电图、血常规、血生化、凝血检查、尿常规检查、病毒学检查、HBV DNA定量检查、HCV RNA定量检查、尿-hCG妊娠试验、血清-hCG妊娠试验、抗核抗体(ANA)、抗双链DNA抗体(anti-dsDNA)、甲状腺功能检查、T-SPO®.TB 试验、胸部-CT（平扫）等，检查费合计费用XXXXXX元（大写：XXXXXXX），系统导出。

1. 受试者补助：

 每次交通补贴为XXX元，每个受试者约7次；每次营养补贴为XX元，合计费用XXXXX元（大写：XXXXXXXX），费用详见*附件3*。

1. 采血劳务费（根据合同内容删减或补充）：

 每次采血劳务费为XXX元，每个受试者采血约XX次，合计费用XXX元。

1. 机构管理费：

 根据临床试验合同约定，机构管理费为XXXXXXX，共计XXXXXX元（大写：大写：肆万肆仟贰佰伍拾元整）。

1. 税费：

 临床试验合同约定，税率XXX%，本中心实际税率为6%。详见*附件1*。

1. **付款情况**

甲方按照试验合同费用预算分为4次支付试验经费给乙方。

1. 首期支付：项目启动前20%，合计费用为XXXXX元（大写：XXXXXX）
2. 第二笔款支付：100%受试者入组20%，合计费用为XXXXX元（大写：XXXXXX）
3. 第三笔款支付：100%受试者出组30%，合计费用为XXXXX元（大写：XXXXXX）
4. 尾款结算：临床总结报告前，按照实际入组的病例数、所完成的访视、实验室检查支付尾款。

实际支付情况：xxxx年xx月xx日支付首付款金额为XXXXX元（大写：XXXXXX），税率XX金额为XXXX元（大写：XXXXXX）；xxxx年xx月xx日支付第二笔款金额为XXXXXX元（大写：XXXXXX），税率xx金额为XXXXX元（大写：XXXXXX）。xxxx年xx月xx日支付第三笔款金额为XXXXXX元（大写：XXXXXX），税率xx金额为XXXXX元（大写：XXXXXX）。

1. **尾款费用合计**

试验费用总费用（不含税）合计XXXXXXX元（大写：XXXXXXX），已支付（净额）：XXXXX元（大写：XXXXXXXX），剩余项目款（净额）：XXXXXXX 元（大写：XXXXXXXXXX），税费XXX，故剩余尾款：XXXXXXXX元（大写：XXXXXXXXX）。（如需退回临床试验费用：请添加“因临床试验主协议规定例数为xxx例，实际完成xxx例，未按照协议要求完成临床试验项目，实际发生费用为xxx元，申办方已支付XXX元，故需退回未发生的试验费用xxx元。”）详细信息见*附件1*。

主要研究者： 单位：南阳市第一人民医院

 临床试验机构（盖章）

日期： 年 月 日

 日期： 年 月 日

申办方/CRO代表(或者CRA)：

日期： 年 月 日*附件1：*

|  |
| --- |
| **XXXXXX项目合同费用结算表** |
| 研究中心名称 | 南阳市第一人民医院 |
| 主要研究者 |  | 中心号 |  |
| 筛选例数 |  | 入组例数 |  |
| 筛选失败例数 |  | 脱落例数 |  |
| 申办方已支付合同款明细 | 合同款 | 总金额（元） | 净额（元） | 税额（元） |
| 首付款（XX%税费） |  |  |  |
| 合同第二笔款（xx%税费） |  |  |  |
| 合同第三笔款（xx%税费） |  |  |  |
| 1.研究者费 |  |
| 2.检查费 |  |
| 3.受试者补助 | 交通补贴 |  |
| 营养补贴 |  |
| 4.采血劳务费 |  |  |
| 5.机构管理费 |  |
| 6.税费（根据实际计算） |  |
| 不含税总费用 |  |
| 含税总费用（1+2+3+4+5+6） |  |
| 需补充打款金额（净额） |  |
| 需补充打款税费（X%） |  |
| 结算需补充打款总金额（含税x%） |  |

*附件2：*

|  |
| --- |
| **研究者观察费** |
| **受试者编号** | **是否入组** | **筛选期V1** | **治疗期** | **合计** |
| **V2** | **V3** | **V4** | **V5** | **V6** | **V7** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*附件3：*

|  |
| --- |
| **受试者补助** |
| **受试者编号** | **是否入组** | **筛选期V1** | **治疗期** | **交通补贴** | **营养补贴** |
| **V2** | **V3** | **V4** | **V5** | **V6** | **V7** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 共计 |  |
| 备注：访视每次交通补贴为XX元，每个受试者约XX次；每次营养补贴为XX元，每个受试者约XX次； |