



**Division of Research & Development**

**האגף למחקר ופיתוח**

תאריך: \_\_\_\_\_

**דרישה לתשלום דמי הלסינקי**

1. שם המחקר (עברית): \_\_\_\_\_
2. מס' פרוטוקול: \_\_\_\_\_
3. מס' הלסינקי: \_\_\_\_\_
4. שם החוקר הראשי: \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_
5. הבקשה מוגשת לישיבה שתתקיים בתאריך: \_\_\_\_\_
6. שם החברה המסחרית: \_\_\_\_\_
7. שם איש הקשר בחברה: \_\_\_\_\_
8. מס. טלפון: \_\_\_\_\_ מס. פקס: \_\_\_\_\_
9. התשלום הנו בגין טיפול ב: \_\_\_\_\_

- בקשה חדשה – 7,500 ₪
- הארכת תוקף - 1000 ₪
- גרסה חדשה / תוספת לפרוטוקול -1000 ₪
- גרסה חדשה / תוספת לחוברת לחוקר - 1000 ₪
- \*שינויים מנהליים או שינויים שאינם משמעותיים- ללא עלות
- טופס הסכמה ודיווחי בטיחות – ללא עלות
- טופס הסכמה דיגיטלי (פרונטלי)- 300 ₪ בעת הגשה ראשונית
- טופס הסכמה דיגיטלי (פרונטלי)- 300 ₪ בעת הארכת תוקף
- צפייה מרחוק ב-EMR - 1500 ₪ בהגשה ראשונית
- שרות מתאמת הגשות- 150 ₪ לשעה (מינימום שעתיים)

צ'ק לפקודת - **תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי ת"א**.

יש להעביר את הצ'ק לחוקר/מתאמי המחקר עם הגשת הפרוטוקול לטיפול ועדת הלסינקי ולציין מס' הלסינקי ושם החוקר/ת. אין לשלוח ישירות לקרן מחקרים.

Prof. Eli Sprecher  
Deputy Director General for  
Research, Development & Innovation  
Tel Aviv Sourasky Medical Center

בברכה  
פרופ' אלי שפרכר  
סמנכ"ל למחקר פיתוח וחדשנות

אני הח"מ מאשר כי ידוע לי כי תשלום עבור טופס הבקשה אינו קשור לאישורה או אי אישורה ע"י הועדה המוסדית, או הארצית, או ע"י כל גוף חיצוני אחר.

חתימת היוזם

שם היוזם

טל': 03-6974761 | פקס: 03-6925739

טל: \*8801 | www.tasmc.org.il | רח' ויצמן 6, תל אביב, 6423906 Tel Aviv, Weizman St. 6