**研究经费财务须知**

尊敬的申办者或CRO ：

以下为我机构研究经费财务须知，请仔细阅读并遵照执行：

**1. 办理临床试验经费/伦理审查费支付**

账号：5300 1646 1390 5100 0432

户名：云南省曲靖中心医院

开户行：中国建设银行股份有限公司曲靖麒麟支行

纳税识别号：1253 0300 4317 1678 05

* **临床试验经费付款时**，请注明入账次数（例如“首款、二笔款、三笔款或尾款等”）
* **伦理审查费付款时**，请注明费用用途（例如“首次上会、快审等”）

**2. 领取临床试验经费发票**

请于成功付款后**10**个工作日以内将付款凭证或者电子转账截图以附件形式发送至邮箱（机构费用发送至机构邮箱：；伦理审查费用发送至伦理邮箱：），且您的**邮件正文必须**包含以下信息：

* 临床试验方案完整名称（不接受仅标识方案编号）
* 您的联系方式（联系电话、联系详细地址）
* 付款方（需书写全称，若付款凭证已有记载可免）
* 付款日期（年、月、日，若付款凭证已有记载可免）

收到邮件后一般**7**个工作日内通知您领取发票事宜。

**3. 办理临床试验经费退款**

请递交一份“退款申请”至机构办公室，且您的**申请正文必须**包含以下信息：

* 退款临床试验项目完整名称（不接受仅标识方案编号）
* 退款原因
* 退款金额
* 退款申请方公司全称（加盖公司红章）
* 退款申请方账户信息（尽可能详细，至少包括账户名、帐号和开户行）
* 您的联系方式（联系电话、联系详细地址）

机构办公室收到申请后根据医院要求整理凭证按照相关程序递交，退款成功后通知申请退款方。

*注：机构、伦理财务由院方统一账号管理。****不接受****合并付款（如：伦理费与试验经费合并付款，A试验与B试验合并付款）！****不接受****个人账户付款及支付平台（如支付宝）付款！若因以上原因造成您个人或贵方财产损失，本院不承担任何责任。*

*如有疑问，请致电0874-3338223，传真：0874-3338223，联系人：何艳。*