

宁夏医科大学总医院药物/医疗器械临床试验伦理委员会

伦理审查费预付款通知函

尊敬的临床试验申办者：

贵公司目前在我院开展临床试验项目，根据目前执行的税率政策（2024年6月1日起税后税率是6.77%），伦理审查费交费金额如下：

（1）伦理初始审查费 6406.2元/项（含税）；（2）复审、修正案审查、年度报告审查费均为 2135.4元/次（含税）；（3）给贵公司开具的发票为增值税专用发票；（4）汇款后请及时将贵公司汇款回单及公司开票信息发送伦理委员会邮箱：nydzyec@163.com。后期如需要通过临床试验 CTMS 系统提交开票信息会及时通知您。

本院账户信息及汇款注意事项如下：

开户名：宁夏医科大学总医院；

开户行：中国农业银行股份有限公司银川南郊支行

账号：29129001040000196；

付款时请注明：药/器械名+适应症+PI/科室+审查类别（请注明初审/复审/修正案审查/年度报告审查类别）

宁夏医科大学总医院

药物/医疗器械临床试验伦理委员会

（盖章）

2024年10月08日

