**机构科学性审查付费通知**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 申办方 |  |
| CRO |  |
| 关于贵单位递交的临床研究项目“ ”的方案和相关资料，我机构已接受相应的申请，并将召开临床研究管理委员会讨论，按照本机构药物临床试验财务管理制度的有关规定，请于审查前支付相关审查费。机构审查费为人民币3180元（含税）。  汇入医院账户  开户名称: 广州医科大学附属第五医院  开户行: 中国工商银行股份有限公司广州黄埔支行  帐 号: 3602001309200204110  （汇款时请注明是哪一单位、项目及何种费用）  广州医科大学附属第五医院  药物/医疗器械临床试验机构  日期：2023年 月 日 | |