**临床试验协调员（CRC）服务三方协议**

**项目名称：**

**甲方：**

地址：

项目负责人：

联系方式：

地址：

**乙方：徐州市肿瘤医院**

机构办负责人：

联系方式：

主要研究者：

联系方式：

地址：江苏省徐州市鼓楼区环城路131号

**丙方：**

项目负责人：

联系方式：

地址：

正文内容：（税率3%）

列出：申办方支付给丙方的服务费XX/例，合计XXX,

（以下无正文，转签署页）

附件一：CRC工作内容

附件二：付款安排及付款方式

1.付款安排

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **期数** | **支付条件** | **支付内容** | **支付数额(RMB)** |
| 1 | 合同签订后10个工作日之内 | 合同总金额50%的费用 | ××× |
| 2 | 临床试验结束后、分中心小结签字盖章之前 | 合同总金额50%的费用 | ××× |
| 总计 |  | ×××（据实结算） |

2.付款方式**：**通过银行汇款方式付款，付款币种：人民币。

乙方的收款信息如下：

银行账户名称：徐州市肿瘤医院

开户银行：招商银行徐州分行营业部

账号：516900911110903

甲方的开票信息如下：

银行账户名称：

纳税人识别号：

开户行及账号：