**GASTOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE ESTUDIOS CLÍNICOS**

**(SOLICITUD DE FACTURA)**

1. **En los que somos CEIm evaluador**
2. **a. Estudios que se realicen en el Hospital 12 de Octubre**

(*PAGO ÚNICO:* *INCLUYE EVALUACIÓN DEL CEIm + ENMIENDA/S RELEVANTE/S + GESTIÓN CONTRATO + ADENDA/S AL CONTRATO)*

|  |
| --- |
|  |

Ensayos Clínicos: 4.000€ (a la firma del contrato)

|  |
| --- |
|  |

Otros estudios: 2.500€ (a la firma del contrato)

**1.b.** **Estudios que NO se realicen en el Hospital 12 de Octubre**

(*PAGO ÚNICO:* *INCLUYE EVALUACIÓN DEL CEIm + ENMIENDA/S RELEVANTE/S)*

|  |
| --- |
|  |

Todo tipo de Estudios Clínicos: 5.000€ (solicitar factura a la presentación del estudio)

1. **En los que NO somos CEIm evaluador**

(*PAGO ÚNICO:* *INCLUYE GESTIÓN CONTRATO + ADENDA/S AL CONTRATO)*

|  |
| --- |
|  |

Ensayos Clínicos: 3.000€ (a la firma del contrato)

|  |
| --- |
|  |

Otros Estudios: 2.000€ (a la firma del contrato)

***\* En el supuesto de entidades sin ánimo de lucro, sociedades científicas, etc.***

|  |
| --- |
|  |

Todo tipo de Estudios Clínicos con Memoria Económica con compensación a IP: 250€ (a la firma del contrato)

|  |
| --- |
|  |

Todo tipo de Estudios Clínicos con Memoria Económica 0€: EXENTO DE PAGO

**Cumplimentar los siguientes datos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Título: |  |
| Código protocolo: |  |
| Investigador Principal: |  |

**Datos de facturación:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datos fiscales de Entidad pagadora  *(Nombre, Dirección y CIF/VAT)* |  |
| E-mail envío factura: |  |

***Enviar este documento a*** [***facturacion.hdoc@salud.madrid.org***](mailto:facturacion.hdoc@salud.madrid.org) ***teléfono: 91 779 2620***