***Załącznik nr 2***

***Do umowy z CRO/Sponsor z dnia ……….….***

***Nr protokołu…………….***

**Budżet i warunki płatności:**

1. CRO/Sponsor wypłaci wynagrodzenie za jednego pacjenta, na rzecz Ośrodka na podstawie liczby wizyt w prowadzonym badaniu zgodnie z poniższą tabelą płatności :

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wizyty | Suma płatności w PLN /netto |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Razem** |  |

1. CRO/Sponsor zapłaci Ośrodkowi opłatę za każdego pacjenta, który nie przeszedł kwalifikacji   
   w kwocie …………….... PLN netto.
2. CRO/Sponsor zobowiązuje się dokonać na rzecz Ośrodka następujących, jednorazowych opłat dodatkowych :
3. Opłata administracyjna w kwocie : ……….…. PLN netto
4. Opłata apteczna w kwocie : ………………..…PLN netto
5. Opłata archiwizacyjna w kwocie : ………...… PLN netto

Ośrodkowi przysługiwać będzie wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie ……………………. PLN netto   
za każdego uczestnika włączonego do badania (tj. który przeszedł pozytywny screening).

Wynagrodzenie zostanie powiększone o podatek VAT w wysokości obowiązującej w dniu wystawienia faktury.

Faktury obejmujące wynagrodzenie Ośrodka będą wystawiane raz na kwartał. Faktura zostanie sporządzona na podstawie raportu Badacza zatwierdzonego i przesłanego przez CRO/Sponsora.

Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury przez Ośrodek.

Za datę zapłaty uważa się datę uznania środków na rachunku bankowym Ośrodka prowadzonym przez bank: ……………………………………..…………………….   
Nr rachunku: ………………………………………………..

**…………………………… …………………………….**

*Data i podpis CRO / Sponsor Data i podpis Szpital (Ośrodek)*