

机构立项审查费收费标准通知

我院药物和医疗器械临床试验项目机构立项审查收费标准：组长单位10600元/项（含税），参与单位4240元/项（含税）；为确保立项审查顺利进行，请及时将款项汇入以下账户：

账户名称： 杭 州 市 第 七 人 民 医 院

账户： 1 9 0 0 0 8 0 1 0 4 0 0 0 0 4 8 2

开户银行： 农 行 杭 州 古 荡 支 行

未尽事宜，请咨询机构办公室。

联系电话： 临床试验机构办公室：0571-85125997

杭州市第七人民医院
临床试验机构办公室

2024年08月08日