**资 助 协 议**

资助方：**海南尚霖阳光医学发展基金会**（以下简称甲方）

受助方：xx**医科大学xx附属医院**（以下简称乙方）

课题负责人姓名： **xxx**

联系方式： **xxxxxxxx**

单位科室： **xxx科**

经甲方对申报项目的评审，乙方申报的**“xxxxxxxxxxxxx的临床科研项目”**已通过审核批准，资助总金额为人民币**000，000元整，大写： 元整**，资助时间为 **202x年 月至202x年 月**。特签订以下协议，双方共同遵守。

**一、甲方资助款汇至乙方如下账户：**

**收款单位户名：xx医科大学xx附属医院**

**开 户 银 行：xxxx银行xxxx路支行**

**账 号： xxxxxxxxxxxxx**

**二、甲方的权利义务**

（一）甲方按计划分期分批向乙方支付资助经费。

本研究计划付款方式为：

1、第一次付款：双方就研究方案达成一致并签署协议后；正式启动科研项目，甲方支付资助金额人民币**000,000元整，大写：xxxxxx元整**。

2、第二次付款：乙方于**202x年 月前**提供项目中期报告给甲方，甲方审评通过及监督质量成功后,甲方即支付资助金额尾款，即人民币**000,000元整，大写：xxxxxx元整**。

（二）甲方有义务告知乙方通过相关伦理审核；

（三）甲方负责本项目的实施和监察工作，甲方有权对上述资助项目进行跟踪管理、定期检查，以便及时纠正和解决出现的问题，确保项目顺利实施和经费的合理使用；

（四）项目完成（或依约定阶段性研究完成，甲方有权组织项目专家评审委员会对预定目标开展评审工作）后，甲方对乙方的科研项目和资金使用情况进行审验及核准结题；

（五）甲方应乙方要求对其临床研究项目负保密义务，保证受试者个人信息和隐私不被批露。

**三、乙方的权利义务**

（一）乙方在甲方付款后10个工作日内，开具增值税专用发票/普通发票/或税务局代开票据给甲方，并将票据递送到甲方指定地址。

（二）该研究为临床+基础研究，其中临床研究部分需遵循中华人民共和国国家药品监督管理局制定的《药物临床实验质量管理规范》及其他有关法规要求进行开展。

（三）成立临床试验小组，制定临床试验方案，并经乙方伦理委员会批准后组织实施；

（四）负责组织、协调、督促本中心临床试验的研究者，应严格按照伦理委员会批准的研究方案进行临床研究，并保证研究成果准确、真实、可靠。按时完成临床研究。

（五）可授权甲方，委派合格的、经过培训的临床监查员，并为实验者所接受，监查临床研究实施过程和所有研究资料确保临床研究符合《药物临床试验质量管理规范》及已批准的临床试验方案的要求。

（六）研究结束后，乙方应向甲方提交真实准确的书面总结报告，同时报送费用清单；

（七）乙方对资助经费应尽合理使用之义务，做到专款专用；乙方应按计划向甲方书面报告项目进展情况及经费使用情况，并在整个计划完成后及时总结整理，或撰写论文；乙方未按约定报告项目进展情况及经费使用情况的，甲方有权拒付剩余经费；

（八）乙方因客观原因需对资助项目的目标、进度和经费等进行重大变更时，应向甲方提出书面申请，经甲方审批。

**四、计划与进度**

在合同正式签定，乙方开始在xx医科大学xx附属医院等医院内进行临床+基础研究，预计在202x年xx月之前完成xx例受试者的筛选、入组、临床观察，并进行相关基础方面研究，最后提交总结报告。

**五、成果的归宿和分享**

本研究的数据、报告以及利用本研究数据、报告所产生的其他数据、报告等一切相关结果的所有权和使用权归甲乙双方共有，基于本协议研究数据、报告等产生的专利权，专利申请权等归甲方所有，乙方可以免费使用，但在专利正式提出申请前，未经甲方书面许可，乙方不得许可第三方使用，或向第三方披露。

**六、责任和保险**

本研究中所用的试验药品均为已上市药品，并且本研究完全符合临床试验质量管理规范和用药规范，因此本研究不设受试者损害赔偿，若出现受试者在诊疗过程中的损害，按照相应医疗损害赔偿规定执行。

**七、责任承担**

（一）资助如因不可抗力导致项目研究难以继续进行，甲方有权缓拨经费或撤销资助；

（二）乙方若存在严重违规或因各种原因导致项目研究难以继续进行，甲方有权缓拨经费或撤销资助；

（三）甲方不能按期支付经费时，乙方有权终止进一步实验。

**八、其他**

（一）对本协议如有疑问可参考基金会相应管理办法执行。

（二）如有未尽事宜，双方可签订补充协议或其他附件。补充协议或其他附件作为本协议不可分割部分自签章之日起生效，与协议具有同等法律效力。

（三）如在履行本协议过程中引起纠纷，原则上由双方友好协商解决；协商不成的，任何一方均有权将争议向甲方住所地人民法院提起诉讼。

（四）本协议一式贰份，甲、乙双方各执壹份。本协议自双方签字盖章之日起生效。

（以下无正文）

甲方：**海南尚霖阳光医学发展基金会** 乙方：**xx医科大学xx附属医院**

签字（盖章）： 签字（盖章）：

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日

**附件一：**

**“XXXXXXXXXXXXX的临床研究”课题方案**

**附件二**

**“XXXXXXXXXXXXX的临床研究”经费预算**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位:元 | | | 预算时间：202x年x月 |
| **序 号** | **摘 要** | **金 额** | **备 注** |
| 1 | 科研经费 |  | 1. 购买试剂：xx万 检测x万 2. 细胞株x万 文献检索x万 发表论文x篇x万字 |
| 2 | 劳务费 |  | 实验中心使用及人员监测：x万； |
| 3 | 管理费 |  | 科研单位相关管理费用 |
| **费用合计** |  | **.00** | **此金额为发票金额** |

**附件三： 甲、乙方开票信息，甲、乙双方合同协议及发票收件信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **甲方开票信息** | 名称：海南尚霖阳光医学发展基金会  税号：53460 000MJ Y9910 36C  单位地址：海南省海口市秀英区长滨四路10号海长流一期4号楼2单元11层1102房  电话：0898-68615752  开户银行：上海浦东发展银行股份有限公司海口滨海大道支行  银行账户：34040078801800000604 |
| **乙方开票信息** | 名称：  税号：  单位地址：  电话：  开户银行：  银行账户： |

**甲、乙方合同协议及发票收件信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **甲方收件人及电话** | 崔春 13161971209，010-53821782 |
| **甲方收件地址** | 北京市朝阳区东四环中路39号华业国际中心A单元2层208 |
| **乙方收件人及电话** |  |
| **乙方收件地址** |  |