伦理审查协议书

委托方（甲方）：

法定代表人：

住所地：

邮政编码： 联系电话：

服务方（乙方）：河北医科大学第四医院

法定代表人：赵宗茂

住所地：石家庄市健康路12号

邮政编码：050011 联系电话：0311-86095794

鉴于甲方因 项目需要乙方进行伦理审查工作，现根据《中华人民共和国民法典》、《药物临床试验质量管理规范》、《医疗器械临床试验质量管理规范》、《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》及相关法律法规的规定，经双方协商一致，订立本协议。

1. 甲方项目负责人及联系电话
2. 乙方项目负责人及联系电话

三、工作条件和协作事项：根据要求，甲方应按照乙方工作指南，在规定时间内向乙方提供全部临床试验资料及本协议书，乙方将严格遵照国家相关法律法规及国际伦理准则进行伦理审查。

四、报酬及支付方式

根据要求，甲方应在伦理会议召开前以转账方式支付伦理审查费用，即一次性付 元(含税费)。具体税率按国家税务局相关规定执行，乙方为甲方出具增值税普通发票。

五、违约责任

违反本合同约定，违约方应当按照相关法律规定承担违约责任。

六、争议解决的方式:

在合同进行过程中出现争议，双方应协商解决，或者选择以下 方式解决：

1. 提交石家庄仲裁委员会仲裁 2、人民法院诉讼解决。

七：附件

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 甲方 | 名称： | | |
| 住所： | 税号： | |
| 邮编 | 联系电话 | |
| 开户银行 | 账号 | |
| 法定代表人 | 委托代理人 | |
| 电子发票接收邮箱： | | |
| 乙方 | 名称：河北医科大学第四医院 | | |
| 住所：河北省石家庄市健康路12号 | | |
| 邮编050011 | | 联系电话0311-86095794 |
| 开户银行工商银行长安支行 | | 账号0402 0204 0924 9057 623 |
| 法定代表人：赵宗茂 | | 委托代理人:赵群 |

八：本协议双方签字盖章后生效，双方应严格按照本协议执行。

九：本协议一式两份，甲乙双方各保存一份，具有同等法律效力。

甲方： 委托代理人签字:

（盖章）： 年 月 日

乙方：河北医科大学第四医院 委托代理人签字：

（盖章）： 年 月 日