**北京大学第一医院**

**科/心内科临床试验功能检查室服务协议书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 甲方： 科  课题负责人：电话：  课题联系人：电话： | | 乙方：心内科  负责人：张岩 电话：5260  联系人：许圣 电话：2171 |
| 课题名称 |  | |
| 课题执行时间 | 年 月—— 年 月 | |
| 预计例数 |  | |
| 需要提供的服务 | □动态心电图 单价 元/例/日  □动态血压 单价 元/例/日  □其它 | |
| 费用支付方式 | 经药物临床试验机构办公室划拨 | |
| 双方权利和义务：  甲方：   1. 到心内科做项目申报。 2. 开具《临床试验动态心电图检查申请单》或《临床试验动态血压检查申请单》。 3. 全部受试者检查完成后，按实际完成例数与乙方结算检查费。   乙方：   1. 负责接收申请单，为患者进行检查，并根据约定出具报告。 2. 妥善保存原始数据，并根据甲方需要提供原始数据溯源服务。 | | |
| 甲方： 科  课题负责人签字：  日期： 年 月 日 | | 乙方：心血管内科  负责人签字：  日期： 年 月 日 |