תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד

גזברות, תאגיד הבריאות

הנדון: **החזר למטופלים המשתתפים במחקר קליני**

מספר מחקר (הלסינקי): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שלום רב,

אבקש להחזיר תשלום עבור נסיעה ברכב פרטי/ חניה/ מונית/ לינה/ ארוחה/ אובדן זמן עבודה/ אחר
(נא לפרט) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ במסגרת השתתפות במחקר קליני.

התשלום מבוצע לאחר בדיקתי ובהתאם לנכתב בטופס ההסכמה עליו חתם המטופל

בתאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

סכום \_\_\_\_\_\_\_\_ ש"ח

מספר מטופל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המטופל/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תשלום מקרן \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצורפות קבלות

בברכה,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חתימת מתאמת מחקר חתימת בעל הקרן

לברורים ניתן להתקשר לטלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_