**CÓDIGO:**

**TÍTULO:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

**PROMOTOR:**

**MEMORIA ECONÓMICA DEL ESTUDIO CLÍNICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PAGO TOTAL POR PACIENTE (€/paciente)** |  |
| **FORMA DE PAGO**  **\*Trimestral | semestral |anual | pago al finalizar | Otros (especificar)** |  |

1. **COSTE ORDINARIO DEL ESTUDIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESUPUESTO TOTAL DEL ESTUDIO | | COSTE POR PACIENTE |
| II. | Costes ordinario del estudio (paciente reclutado) | .-€ |
| II.a. | Costes indirectos (20%) | .-€ |
| II.b. | Compensación para Investigador, colaboradores y servicio | .-€ |
|  | Investigador principal y Colaboradores  (La remuneración del investigador principal y de los colaboradores de la investigación por los trabajos realizados fuera del horario laboral no podrá superar el 45% de la aportación total por paciente)\* | .-€ |
| Compensación Servicio  (Los gastos para el desarrollo del Servicio se calcularán mediante la diferencia entre el importe total por paciente y los gastos consignados en el resto de los apartados) | .-€ |
| Otros | .-€ |
| II.c. | Compensación para Servicios Centrales, en caso de ensayos clínicos y otros | .-€ |
|  | Servicio de Farmacia, en caso de EECC con medicamentos (8%) | .-€ |
| Servicio de Laboratorio (4%) | .-€ |

*ESTAS CANTIDADES NO INCLUYEN IVA.*

\*NINGÚN MIEMBRO DEL EQUIPO INVESTIGADOR RESIDENTE DEL DEPARTAMENTO RECIBIRÁ REMUNERACIÓN ECONÓMICA

**EQUIPO INVESTIGADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **ASIGNACIÓN** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***(Insertar tabla pago por visitas si procede)***

**2. PRUEBAS EXTRAORDINARIAS *(por protocolo fuera de la práctica clínica habitual, si están clínicamente indicadas, etc.)***

**SERVICIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA PRUEBA** | **Nº PRUEBAS** | **IMPORTE UNITARIO** | **IMPORTE TOTAL** |
|  |  | € | € |
|  |  | € | € |
|  |  | € | € |

**3. OTROS PAGOS *(Fallos de selección, Puesta en marcha, Visitas extraordinarias, Preparación y envío de muestras, etc.)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIO** | **CONCEPTO** | **IMPORTE TOTAL** |
|  |  | € |
|  |  | € |
|  |  | € |

1. **PAGO A PACIENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCEPTO** | **IMPORTE TOTAL** |
|  | € |
|  | € |
|  | € |

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**Fdo: (IP Nombre y Apellido) Fdo: (Nombre Jefe del Servicio principal)**

**Investigador Principal Nombre Servicio principal**