



אל: _____

א.ג.נ,

דמי הטיפול שינויי גרסה לחוברת לחוקר ו/או גרסה חדשה לפרוטוקול הם 1000 ₪.
האפשרויות לתשלום הן:

1. צ'ק עם טפסי המחקר לפקודת: "תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)"

ובספח לרשום עבור ועדת הלסינקי לטיפול במחקר מס'..... של ד"ר / פרופ'. החוקר הראשי.

2. העברה בנקאית: הבנק הבינלאומי הראשון

רוטשילד 14

סניף ראשון לציון (32)

מס' חשבון 174408

ע"ש "תאגיד הבריאות ליד המרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא)"
יש להוסיף: מיועד לתשלום לוועדת הלסינקי עבור הטיפול במחקר
מס'..... של ד"ר / פרופ' החוקר הראשי.

3. מח"ל:

Name: Research Fund- Assaf Harofeh Medical Center"

Bank: First International Bank (No. 31)

Branch: 32

Address: 14 Rothschild St., P.O.B 1, Rishon Le Zion 75263, ISRAEL

TEL. No.: 972-3-9484200; FAX No.: 972-3-5134032

Account No.: 174408

Swift Code: FIRBILITXXX.

IBAN Code: IL520310320000000174408.

Attention: Mrs. Merav Manoshevit

PI name: _____

No / name of research: _____

ב ב ר כ ה,
ועדת הלסינקי



ועדת הלסינקי
יו"ר הועדה
פרופ' מתי ברקוביץ
mberkovitch@shamir.gov.il

