

## Formulaire de facturation

### Évaluation du Comité d'éthique de la recherche

INFORMATIONS À COMPLÉTER PAR LE CHERCHEUR DU SITE OU DE SON DÉLÉGUÉ		
INFORMATION SUR LE PROJET DE RECHERCHE		
Essai clinique? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Type de demande	<input type="checkbox"/> Évaluation initiale (3 500 \$) <input type="checkbox"/> Modification majeure (2 500 \$) <input type="checkbox"/> Renouvellement annuel (500 \$) <input type="checkbox"/> Modification mineure (500 \$) <i>Les frais sont établis selon la procédure du CÉR (PFN 113)</i>	
Titre du projet de recherche		
Numéro de dossier CÉR Montfort		
Nom du chercheur principal		
Nom du chercheur responsable de site		
INFORMATION SUR LA FACTURATION		
Envoyer la facture à l'attention de	Nom	
	Titre	
	Compagnie/ institution	
	Adresse postale	
	Courriel	
	# téléphone	
Nom de la personne et/ou de la compagnie/ institution à facturer <i>(si diffère de ci-dessus)</i>		
Je, soussigné(e), autorise le Service de la comptabilité de l'Hôpital Montfort à facturer la somme de _____ \$ <i>(selon les frais indiqués ci-dessus)</i> à l'attention de la personne identifiée ou de la compagnie/institution nommée ci-dessus pour des frais d'évaluation du projet cité en objet.		

***Des frais additionnels peuvent être exigés si des mesures exceptionnelles sont requises (ex. une évaluation accélérée, des amendements multiples à un même protocole, modifications majeures du projet ; consulter le Tableau de facturation du CÉR).***

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

SUIVI ADMINISTRATIF AVEC LE SERVICE DE LA COMPTABILITÉ

Le document complété a été acheminé au service de la comptabilité, le \_\_\_\_\_.

La compagnie/institution a été facturée le \_\_\_\_\_.

Le paiement a été reçu le \_\_\_\_\_ et le CÉR a été avisé le \_\_\_\_\_.

Objet des suivis faits par le BÉR : \_\_\_\_\_