|  |
| --- |
| INFORMATIONS À COMPLÉTER PAR LE CHERCHEUR DE SITE OU SON DÉLÉGUÉ**Évaluation initiale** |
| Titre du projet et numéro du protocole de recherche : |       |
| Nom du chercheur principal :Nom du chercheur responsable de site à l’Hôpital Montfort  |       |
|       |
| Nom de la personne, compagnie/entreprise à facturer : |       |
| La facture doit être acheminée à l’attention de :À l’adresse de correspondance suivante : |       |
|       |

Les frais sont établis selon la procédure du CÉR (PFN 113)

|  |
| --- |
| Je, soussigné(e), autorise le Service de la comptabilité de l’Hôpital Montfort à facturer la somme de **3 000$** à l’attention de la personne identifiée ou de la compagnie/entreprise nommée ci-dessus pour des frais **d’évaluation initiale 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).***

|  |  |
| --- | --- |
| Signature | / Date |

|  |
| --- |
| SUIVI ADMINISTRATIF AVEC LE SERVICE DE LA COMPTABILITÉ |
| Le document complété a été acheminé au service de la compatibilité, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.La compagnie/entreprise a été facturée le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Le paiement a été reçu le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et le CÉR a été avisé le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Objet des suivis faits par le BÉR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| INFORMATIONS À COMPLÉTER PAR CHERCHEUR DE SITE OU SON DÉLÉGUÉ**Renouvellement** |
| Titre du projet : |       |
| Nom du chercheur principal :Nom du chercheur responsable de site à l’Hôpital Montfort  |       |
|       |
| Nom de la personne, compagnie/compagnie à facturer : |       |
| La facture doit être acheminée à l’attention de :À l’adresse de correspondance suivante : |       |
|       |

Les frais sont établis selon la procédure du CÉR (voir PFN 113)

|  |
| --- |
| Je, soussigné(e), autorise le Service de la comptabilité de l’Hôpital Montfort à facturer la somme de **500 $** à l’attention de la personne identifiée ou de la compagnie/entreprise nommée ci-dessus pour les frais **d’évaluation de la demande de renouvellement 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).***

|  |  |
| --- | --- |
| Signature | / Date |

|  |
| --- |
| SUIVI ADMINISTRATIF AVEC LE SERVICE DE LA COMPTABILITÉ |
| Le document complété a été acheminé au service de la comptabilité, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.La compagnie a été facturée le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Le paiement a été reçu le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et le CÉR a été avisé le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Objet des suivis faits par le BÉR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |