**國軍花蓮總醫院新藥申請審查費繳款單**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **項次** | **聯標項次** | **商品名(劑型/單位含量)** | **中文名** | **金額** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **合計金額** | |  | | |

**廠商抬頭：**

**統編：**

**繳款通知：□傳真： □E-MAIL：**

**收據領取：□自取 □郵寄，地址及收件人：**

**藥審會幹事簽章： 繳款通知日期：**

**繳款最後期限：**

**主計出納簽章： 繳款日期：**

**繳款方式：**

1. 請**勾選繳款通知方式**，並留下**傳真**電話或**E-MAIL**，以方便通知繳款，待收到繳款通知後，憑此繳費單(**有藥審會幹事簽章及藥審會圓戳章**)以**現金**或**匯款**方式繳納，並於**收件截止日前將相關繳款證明文件**(收據或蓋有主計出納章之繳款單)**繳交至藥審會**。
2. **現金繳款：憑此繳費單(有藥審會幹事簽章及藥審會圓戳章)至本院主計室繳納，繳納時間為上午0900-1130。**
3. **匯款繳納：匯款時請註明「OOO(商品名)新藥申請審查費」，匯款後請與本院主計室核對，開立收據。**

**銀行：合作金庫商業銀行北花蓮分行**

**戶名：生產服務基金-醫療花蓮429專戶**

**帳號：5850-713-00007-0**