

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		_____元		

廠商抬頭：

統編：

承辦人姓名：

電話：

E-MAIL：

.....以上由廠商填寫.....

藥審會幹事簽章：

繳款通知日期：

繳款期限為通知日後 10 工作日

繳款方式：

1. 每項費用新臺幣 3,000 元。
2. 藥審會幹事通知可繳款後，請以匯款方式繳納：匯款時請務必註明「廠商名稱」及「新藥申請審查費」，俾利收據開立。

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

3. 匯款後 10 工作日開立收據，屆時請與藥審會幹事聯繫領取(03-8269682)。