**首都医科大学纵向合作经费、测试化验加工费**

**外拨审批单（2020版）**

**填表说明：**

1. 本表用于我校科研经费中纵向合作研究经费、测试化验加工费外拨审批使用，经费外拨方式包括银行汇款和支票付款。
2. 科研项目负责人申请外拨纵向合作研究经费，需下载填写《纵向课题合作任务书》；申请外拨测试化验加工费，需下载填写《测试化验加工委托协议》。另外，人才项目负责人需另附涉及经费外拨的项目计划书（预算批复明细、预算申报支撑材料）复印件，以便学院和相关部门对照核查。
3. 接收外拨经费的单位是公司、企业的，科研项目负责人应提供与原件核对无误的收款单位营业执照复印件、资质证书等相关材料。接收外拨经费的单位是高等院校、科研院所、公立医院等事业单位的，一般不需提供收款单位营业执照复印件，视具体委托事项决定是否需要提供资质证书。
4. 同一合作任务书或测试化验加工委托协议的第二笔及以后的拨款无需重复提交审批表。
5. 财务处对材料的完整性、开户行名称（与提供的合作或受委托单位资质材料的单位名称一致）以及相应的科目预算进行审核后拨款。

**课题负责人承诺：**

1. 本人已认真阅读过国家、北京市和学校公布的项目及科研经费管理办法。
2. 本人和课题参与人员及直系亲属与测试承担方无利益关系。
3. 测试承担方具备完成相关任务的能力与资质。
4. 本人保证测试内容、单价、数量真实合理，且测试任务与经费来源科研项目相关。
5. 本人保证留存测试原始结果10年，以备审计查验。
6. 签字盖章纸板的全部内容及附件与提交审核的电子版相同。

本人承诺以上信息均符合事实，若出现虚假信息，本人承担所有相关法律责任。

课题负责人承诺签字：

年 月 日

**一、基本信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **审批单编号** | **（由学校人事处统一填写）** | | |
| **拨款合同类别** | **□纵向合作 □测试化验加工** | | |
| **审核部门** | **□科技处 □人事处 □研究生院** | | |
| **项目（课题）负责人** |  | **联系电话** |  |
| **所在学院/医院** |  | **所在学院/医院负责人**  **及联系电话** |  |

**二、外拨经费来源及单位情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目（课题）名称** | |  | | | | | | | |
| **项目（课题）编号** | |  | | | **起止时间** | | | **年 月— 年 月** | |
| **项目（课题）来源** | | □科技部项目 □国家自然科学基金  □北京市科委项目 □北京市自然科学基金  □北京市教委专项 □北京市教委科研计划  □其他项目（ ） | | | | | | | |
| **合作或委托的 任务名称** | |  | | | | | | | |
| **委托任务期限** | | **年 月 日—— 年 月 日** | | | | | | | |
| **合作或受委托方** | **单位名称** |  | | | | | | | |
| **单位类型** | □高等院校 □科研院所 □公立医院  □公司、企业 □其他事业单位 □其他（ ） | | | | | | | |
| **单位负责人** |  | **联系电话** | | |  | | | |
| **承接任务负责人** |  | **联系电话** | | |  | | | |
| **本合同或协议**  **外拨总经费** | | **总经费 万元，分 次拨款。** | | | | | | | |
| **拨款计划** | | 拨款时间 | |  | | |  | |  |
| 拨款金额（万元） | |  | | |  | |  |

**三、单位审核意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **学院/**  **医院**  **审核：** | **纵向合作方单位名称与任务书是否一致 □非合作 □一致 □不一致**  **委托测试化验加工任务是否合理 □非委托 □合理 □不合理**  **与经费来源科研项目的研究内容是否相关 □相关 □不相关**  **合作或受委托单位的相关证明：**  学院/医院人事处骑缝章  **营业执照复印件 □测试加工任务不在营业范围内**  **□测试加工单位营业范围涉及面广，信誉不确定**  **□测试加工任务在营业范围内**  **资质证明 □不需要 □有 □无**  **（合作或受委托单位是高等院校、科研院所、公立医院等事业单位的一般无需提供营业执照复印件）**  **负责人签字： （学院/医院人事处盖章）**  **年 月 日** |
| **人事处审核：** | **纵向合作方单位名称与任务书是否一致 □非合作 □一致 □不一致**  **与经费来源科研项目的研究内容是否相关 □相关 □不相关**  **合作或受委托单位的相关证明：**  人事处骑缝章  **营业执照复印件 □测试加工任务不在营业范围内**  **□测试加工单位营业范围涉及面广，信誉不确定**  **□测试加工任务在营业范围内**  **资质证明 □不需要 □有 □无**  **审核人签字 ： （人事处盖章）**  **年 月 日** |