

1357

AlFUOC Pianificazione e Controllo Strategico.
Qualità e Risk Management
Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Data 08.09.2014

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi
TITOLO dello studio: SHAPE

Sperimentatore: DOTT. ARU ANNA BRIGIDA
Struttura/U.O.C.: ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E PATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE
Responsabile della U.O.C.: DOTT. ROSAMARIA MURA

Fattura n°:468/42 del 31/03/2014	Tranche di pagamento (barrare) XXXXX	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 3	Sperim in Regime di ricovero DH XXXXXX	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto ARU ANNA BRIGIDA, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, DICHIARA che:

XXXX Non sono previste prestazioni aggiuntive a carico della ASL rispetto a quelle richieste dalla abituale e consolidata pratica clinico-assistenziale (studio osservazionale o procedure che rientrano nella pratica clinica corrente)

Sono previste prestazioni aggiuntive:

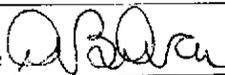
◇ come da elenco allegato (allegato n.1), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)

◇ effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto fuori dall'orario di servizio e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione, affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore Generale n. 77794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
ANNA BRIGIDA ARU	49191	DIRIGENTE MEDICO	1/SETT.	100%

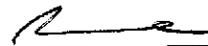
Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.

DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCTEMICO
Dott. ~~M. Gabriella Nardi~~

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore)



36/14

Azienda Sanitaria Locale n. 8 - Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047
C.F. e P.IVA 02261430926



http://www.aslcagliari.it
Email :
Tel : (+39)

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 468/42
del : 31/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12157) CSL BEHRING SPA
VIALE DEL GHISALLO, 20
20151 - MILANO
MI
P.IVA : 02642020156
P.IVA C.: IT02642020156
C.FIS.: 02642020156

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : VEDI PREFATTURA N°212-2014

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 212 del : 11/03/2014
Aru Anna Brigida - Studio SHAPE - U.O. Oncoematologia Pediatrica P.O. Microcitemico

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Saldo III^ rata paziente N°2 + II rata paziente 3	1,00	2 000,00	2 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
2 000,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2 000,00	440,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	
TOTALE IMPOSTA	440,00
TOTALE EURO	2 440,00

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari I- Prot. n. 56522 del 25/07/2013
Validita dal 31/07/2013

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA, 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093845 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it
CCP N° 21780093
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1357 DEL - 6 OTT. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Sirelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simone)

Il presente allegato è composto da n° 03 fogli
di n° 03 pagine.

Scotto