**ALLEGATO "A"**

1822
11 DIC. 2014

Data 01/12/2014

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni

Via peretti 2b, Palazzina C, 5° Piano

09047 Selargius (CA)

c/o U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico,

Qualità e Risk Management

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: TOP STUDY

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Struttura/ U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla – P.O. Binaghi

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

| | | |
|---|---|---|
| Fattura n° 310/42 del 18/11/2014 | ☒ Tranche di pagamento | ■ Fine studio |
| N° pazienti arruolati 54 | ■ Sperimentazione in regime di ricovero | ☒ Sperimentazione in regime ambulatoriale |

La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, 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:

- ☒ 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 affinchèvenga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del DirettoreGenerale n. 77794 del 30/12/2004 e dispone la ripartizione dell'importo cos come di seguito riepilogato:

| Nome e Cognome | N° matricola | Qualifica | N°ore | % ripartizione importo |
|---|---|---|---|---|
| Marrosu Maria Giovanna | 3407 | Professore Universitario | 10 | 40% |
| Fadda Valentina | 7339 | Amministrativo Universitario | 30 | 30% |
| Fondo per la formazione | | | | 30% |

Firma dello Sperimentatore _____ Il Dirigente Medico del P.O. _____

AZ. U.O. - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dott. Anna Maria Ruda
Matr. N. 036085

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

Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

(Ai sensi dell'Art.10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal tariffario DPR 17/02/1992; mentre per i pazienti ambulatoriali tutte le visite, gli esami di laboratorio e strumentali previsti dal protocollo devono essere rimborsati con le stesse modalità. Gli esami strumentali e di laboratorio sono effettuati secondo quanto disposto dal regolamento aziendale per la libera professione).

| Indagine/prestazione | Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale | Tariffa unitaria | Numero prestazioni | Tariffa totale |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dr.ssa Anna Maria Uda
Mat. N. 036085

Data 01 DIC. 2014

Firma dello sperimentatore _____ Il Dirigente Medico del P.O. _____

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

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

ASLCagliari

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

R 79 /14

## FATTURA

*A8_V41 - 2014 - 310/42*
**del :** 18/11/2014
**Ufficio Emittente :** UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

## CLIENTE

**Spett.le**
**( 754011 ) ERGOMED VIRTUOSO SARL**
**18 AVENUE LOUIS CASAI - 1209 GINEVRA**
**SVIZZERA**

**P.IVA C.: CHE114848874**

**Tipo di riscossione :** A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015 04800 000070188775

**Descrizione :** Vedi Prefattura n. 616/14 - Da saldare € 12,00

PREFATTURA *A8_PF1 - 2014 - 616* *del : 30/09/2014*
*Marrosu Maria Giovanna - Studio IMA 06 02 TOP TYSABRI - Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi*

| Codice | Descrizione | Quantità | Prezzo | Importo | Enpav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI<br>Vs. Rif N° IT003_IP_22Sep2014 - Invoice Date 9/22/2014 | 1,00 | 4 500,00 | 4 500,00 | 0,00 | FC6 | 0,00 |

| TOTALE PRESTAZIONI | TOTALE ENPAV | SPESE BOLLO |
|---|---|---|
| 4 500,00 | 0,00 | 2,00 |

| IMPONIBILE | IMPOSTA | COD. IVA | ALIQUOTA | DESCRIZIONE |
|---|---|---|---|---|
| 2,00 | 0,00 | FC | 0.0% | Fuori campo Iva |
| 4 500,00 | 0,00 | FC6 | 0.0% | Fuori Campo Iva art. 7 lett.d |

| | |
|---|---|
| TOTALE IMPONIBILE | |
| TOTALE IMPOSTA | 0.00 |
| TOTALE BOLLO | 2,00 |
| TOTALE EURO | 4 502,00 |

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1- Prot. n. 56522 del 25/07/2013
Validità 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. 1822 DEL 11 DIC. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Enrico Simeone)

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

03/3