ALLEGATO "A"

1824
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: CFTY720D2406

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° 298/42del 10/11/2014	X Tranche di pagamento	■ Fine studio
N° pazienti arruolati 15	■ Sperimentazione in regime di ricovero	X 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:

- X 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
- o Sono previste prestazioni aggiuntive:
  - o 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)
  - o 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	30%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	30%
Fondo per la formazione				40%

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dr.ssa Anna Maria Ruda
Matr. N. 030085

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

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

Data 01 DIC. 2014

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

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

P.O. "R. BINASHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dr.ssa Anna Maria Rubia
Mat. N. 035035

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)

R64/A - 2014

FATTURA

A8_V41 - 2014 - 298/42

del : 10/11/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12737) NOVARTIS FARMA S.P.A.
LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1
21040 - ORIGGIO
VA
P.IVA : 02385200122
P.IVA C.: IT02385200122
C.FIS. : 07195130153

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

Descrizione : Vedi Prefatture n.441/14

PREFATTURA *A8_PF1 - 2014 - 441* *del : 01/07/2014*
Marrosu Maria Giovanna - Studio CFTY720D2406 - Centro Sclerosi Multipla - P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura Run Date 28/04/2014 N° d'ordine 4500121414	1,00	3 600,00	3 600,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
3 600,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
3 600,00	792,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	
TOTALE IMPOSTA	792.00
TOTALE EURO	4 392,00

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. _____ 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