

55  
20 GEN. 2015

## ALLEGATO 1

- Fattura n. 22 del 31.07.2014
- Fattura n. 23 del 31.07.2014
- Fattura n. 26 del 31.08.2014
- Fattura n. 27 del 31.08.2014
- Fattura n. 29 del 30.09.2014

Il presente allegato è com-  
posto di n° 6 fogli  
di n° 6 pagine.

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI  
GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA

*Ing. Raffaele Peralta*



13977

61786

02

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**

**Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127**

**Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134**

**Tel. 3285911433 - 3929237133**

**Cod. fisc. 02680840927 - P.I. 02880840927**

**Spett. Azienda USL N. 8**

**Via Piero della Francesca °1**

**09047 Selargius**

**Cod. Fisc 02261430926**

**Carcere Buoncammino**

**Fattura /Ricevuta n° 22 del 31/07/2014**

**Cagliari 31/07/2014**

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DALLA CASA CIRCONDARIALE BUONCAMMINO VERSO STRUTTURE DELLA ASL., RELATIVO AL MESE DI LUGLIO 2014 CIG : Z141144795**

**Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:**

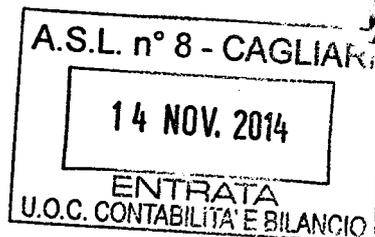
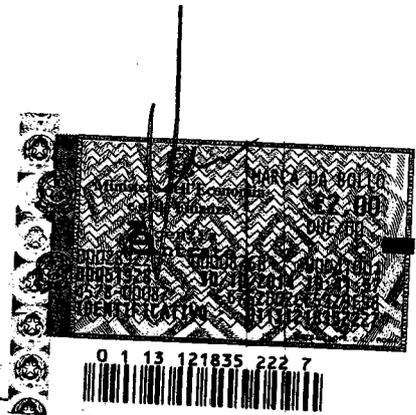
23/07/2014 ore 10,20/ 12,50	Servizio di trasferimento con ambulanza, del detenuto A.R.; dalla Casa Circondariale Buoncammino in Cagliari, verso il reparto di Gastroenterologia del P.O. Policlinico Universitario e rientro. Oneri di rimborso economico per servizio urbano di andata e rientro. Effettuati complessivamente n.90 minuti di sosta per attesa, pari a € 25,82/ora	€ 100,00  € 38,73
-----------------------------------	--	-------------------------

**TOTALE**

**€ 138,73**

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività convenzionate e/o connesse per l'auto sostenimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

**Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.  
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri  
C.C. 0153/ 70061948 ABI 01015 – CAB 04808  
IBAN:IT75R0101504808000070061948**



13977

41785

OK

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**

*Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127*

*Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134*

*Tel. 3285911433 - 3929237133*

*Cod. Fisc. 02660840927 - P.I. 02660840927*

Spett. Azienda USL N. 8

Via Piero della Francesca n°1

09047 Selargius

Cod.Fisc 02261430926

P.O. "R.BINAGHI"

**Fattura /Ricevuta n° 23 del 31/07/2014**

**Cagliari 31/07/2014**

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI GIUGNO 2014  
CIG : Z141144795**

**Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:**

*Richiesta ambulanza come da Prot.1928/Ds del 26/06/2014 per trasferimento pazienti dai reparti del Vs Presidio verso altri presidi e rientro, per il giorno 26/06/2014 dalle ore 13,00 alle ore 14,00 per il totale di n°01 ora, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad*

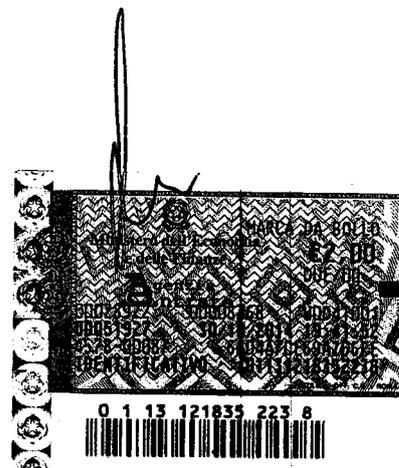
€ 28,00

**TOTALE**

€ 28,00

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per l'autosostenimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

**Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.  
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri  
C.C. 0153/ 70061948 ABI 01015 - CAB 04808  
IBAN:IT75R0101504808000070061948**



*[Handwritten Signature]*  
"R.BINAGHI" - CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
"Ssa Maria Grazia Pinna"  
MATR. N. 051513

A.S.L. n° 8 - CAGLIARI  
14 NOV. 2014  
ENTRATA  
U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO

B977

Off. Funzionari  
de Verificare

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**  
Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127  
Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134  
Tel. 3285911433 - 3929237133  
P.I. 02880840927 - Cod Fisc. 02880840927

41784

Spett.le Azienda USL N.8  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)  
P.I. 02261430926  
P.O. SS.TRINITA'

Fattura/Ricevuta n° 26 del 31/08/2014

Cagliari 31/08/2014

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. SS.TRINITA' VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL RELATIVO AL MESE DI AGOSTO 2014 CIG : Z141144795**

**Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:**

Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/0100795 del 28/08/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 08,00 del 28/08/2014 sino alle ore 14,00 del 28/08/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.

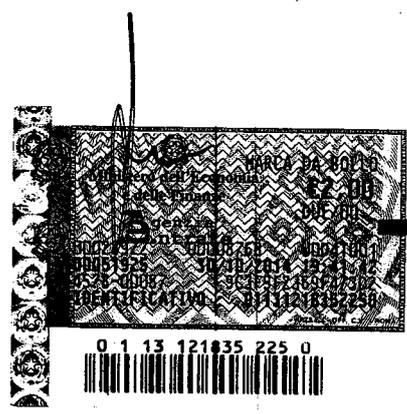
€ 168,00

**TOTALE**

**€ 168,00**

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni  
Rimborso spese varie per servizi di attività istituzionali convenzionate e/o commesse per auto sostenimento dell'Associazione

**Coordinate Bancarie: Banco di Sardegna S.p.A.**  
**Agenzia n°5 Pirri Piazza Serrau**  
**C/C n° 0153 - 70061948**  
**ABI 01015 / CAB 04808**  
**IBAN: IT75R0101504808000070061948**



ek  
Cul  
*[Handwritten signature]*

A.S.L. n° 8 - CAGLIARI  
14 NOV. 2014  
ENTRATA  
U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO

4

13977

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

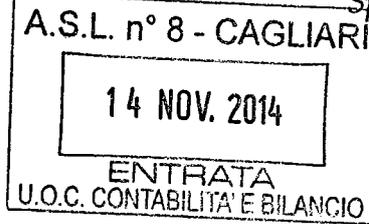
Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927

41783

ai



Spett. Azienda USL N. 8

Via Piero della Francesca n°1

09047 Selargius

Cod.Fisc 02261430926

P.O. "R.BINAGHI"

**Fattura /Ricevuta n° 27 del 31/08/2014**

**Cagliari 31/08/2014**

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI AGOSTO 2014  
CIG : Z141144795**

**Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:**

*Richiesta ambulanza come da Prot.2466/Ds del 27/08/2014 per trasferimento pazienti dai reparti del Vs Presidio verso altri presidi e rientro, per il giorno 27/08/2014 dalle ore 10,00 alle ore 14,00 per il totale di n°04 ora, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad*

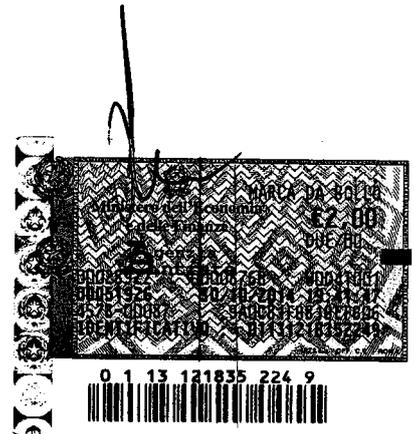
€ 112,00

**TOTALE**

€ 112,00

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per l'autosostentimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

**Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.  
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri  
C.C. 0153/70061948 ABI 01015 - CAB 04808  
IBAN:IT75R0101504808000070061948**



*[Signature]*  
R. BINAGHI CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
Dr.ssa Maria Graziella Pirna  
MATR. N. 051516

13977

0

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**

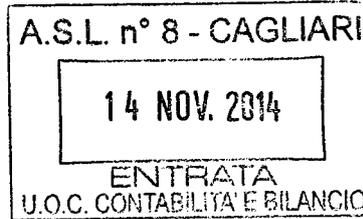
**Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127**

**Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134**

**Tel. 3285911433 - 3929237133**

**P.I. 02880840927 - Cod Fisc.02880840927**

41782



**Spett.le Azienda USL N.8**  
**Via Piero della Francesca, 1**  
**09047 Selargius (CA)**  
**P.I. 02261430926**  
**P.O. SS.TRINITA'**

**Fattura/Ricevuta n° 29 del 30/09/2014**

**Cagliari 30/09/2014**

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. SS.TRINITA' VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL RELATIVO AL MESE DI SETTEMBRE 2014 CIG : Z141144795**

**Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:**

*Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/0112207 del 26/09/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,00 del 20/09/2014 sino alle ore 20,00 del 20/09/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.*

OK [Signature]

€ 168,00

*Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/0112310 del 26/09/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 16,00 del 24/09/2014 sino alle ore 22,00 del 24/09/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.*

OK [Signature]

€ 168,00

*Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/0113127 del 26/09/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,00 del 26/09/2014 sino alle ore 20,00 del 26/09/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.*

OK [Signature]

€ 168,00

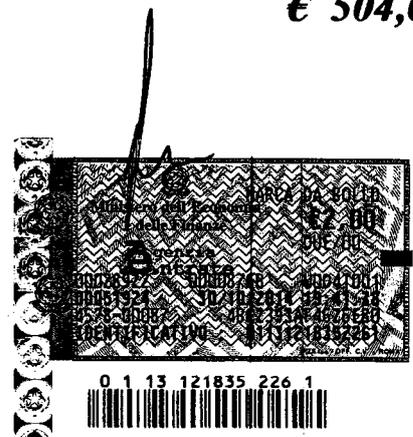
**€ 504,00**

**TOTALE**

*importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni  
 Rimborso spese varie per servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per auto sostenimento dell'Associazione*

**Coordinate Bancarie: Banco di Sardegna S.p.A.**  
**Agenzia n°5 Pirri Piazza Serrau**  
**C/C n° 0153 - 70061948**  
**ABI 01015 / CAB 04808**  
**IBAN: IT75R0101504808000070061948**

[Signature]



**E-mail [cagliariemergenza@yahoo.it](mailto:cagliariemergenza@yahoo.it) www pagine gialle ambulanze cagliari emergenza**

6