

ALLEGATO "A"

Data 04/09/2014

All'U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico
Qualità e Risk Management

330
17 MAR, 2015

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: CFTY720D2399 + 2406

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° 300/43 del 28/07/2014 | <input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento | <input checked="" type="checkbox"/> Fine studio |
| N° pazienti arruolati 22 | <input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 così 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% |
| Frat Jessica FONDO | 19652 | Assegnista Universitario | 10 | 20% |
| Fenu Pierpaola | 15380 | Infermiera professionale | 10 | 10% |

Firma dello Sperimentatore M. Marrosu

Il Dirigente Medico del P.O. [Signature]

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

SESTO S. P. A. IORIO SANCA
DIREZIONE SANITARIA
P.O. Binaghi
DATA: 04/09/2014

514

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 _____

Firma dello sperimentatore M. S. Kowalev Il Dirigente Medico del P.O. _____

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
 DIREZIONE SANITARIA
 Dott.ssa Anna Maria Mada
 0705/210000

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

FATTURA

A8_V40 - 2014 - ~~1300/42~~

del : 28/07/2014

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 : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : PF. 11 79 80 81 106

PREFATTURA A8_PPF1 - 2014 - 81 \ del : 29/01/2014
 Marrosu Maria Giovanna - Studio CFTY720D2406 Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

| Codice | Descrizione | Quantita | Prezzo | Importo | Empav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|---|----------|----------|----------|------------|----------|-------|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI Vs. Rif N° d'ordine 4500121414 | 1,00 | 1 730,00 | 1 730,00 | 0,00 | D22 | 22,00 |

PREFATTURA A8_PPF1 - 2014 - 80 \ del : 29/01/2014
 Marrosu Maria Giovanna - Studio CFTY720D2406 Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

| Codice | Descrizione | Quantita | Prezzo | Importo | Empav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|--|----------|----------|----------|------------|----------|-------|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI Vs. Rif N° d'ordine 3000477804 del 03/06/2013 | 1,00 | 1 870,00 | 1 870,00 | 0,00 | D22 | 22,00 |

PREFATTURA A8_PPF1 - 2014 - 106 \ del : 30/01/2014
 Marrosu Maria Giovanna - Studio CFTY720D2302 Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

| Codice | Descrizione | Quantita | Prezzo | Importo | Empav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|---|----------|----------|----------|------------|----------|-------|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI Vs. Rif N° d'ordine 4500053871 del | 1,00 | 4 963,00 | 4 963,00 | 0,00 | D22 | 22,00 |

PREFATTURA A8_PPF1 - 2014 - 79 \ del : 29/01/2014
 Marrosu Maria Giovanna - Studio CFTY720D2406 Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

| Codice | Descrizione | Quantita | Prezzo | Importo | Empav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|--|----------|--------|---------|------------|----------|-------|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. N° d'ordine 3000477804 | 1,00 | 680,00 | 680,00 | 0,00 | D22 | 22,00 |

PREFATTURA A8_PPF1 - 2014 - 11 \ del : 15/01/2014
 MARROSU M. GIOVANNA - STUDIO CFTY720D2406 COD. CENTRO 0507

| Codice | Descrizione | Quantita | Prezzo | Importo | Empav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|---|----------|----------|----------|------------|----------|-------|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI Rif. Vs. ordine 4500121414 visite dal 10/05/2013 al 25/09/2013 | 1,00 | 3 760,00 | 3 760,00 | 0,00 | D22 | 22,00 |

FATTURA : A8_V40 - 2014 - 1300/42

| TOTALE PRESTAZIONI | TOTALE ENPAV | SPESA BOLLO |
|--------------------|--------------|-------------|
| 13 003,00 | 0,00 | 0,00 |

| IMPONIBILE | IMPOSTA | COD. IVA | ALIQUOTA | DESCRIZIONE |
|------------|----------|----------|----------|---------------------|
| 13 003,00 | 2 860,66 | D22 | 22.0% | IVA DETRAIBILE 22 % |

| | |
|-------------------|-----------|
| TOTALE IMPONIBILE | |
| TOTALE IMPOSTA | 2,860.66 |
| TOTALE EURO | 15 863,66 |

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. 330 DEL 17 MAR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è com-
posto da n° 04 fogli
di n° 04 pagine.