

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano
09047 Selargius (CA)

411
- 3 MAG. 2016

Data: 14 APR. 2016

Oggetto: **RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**
 TRANCHE FINALE

TITOLO dello studio:

_____ MU5.28 _____

Codice Studio:

Sperimentatore DR CARBONI Luciano
Struttura/U.O.C. _____
Responsabile della U.O.C./ Struttura _____

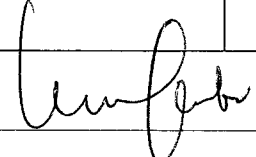
Fattura n° <u>A3-V40-2016-325</u> del <u>07 APR. 2016</u>	Tranche di pagamento (barrare) <u>FINALE</u>	fine studio (barrare) <u>2015</u>
N° Pazienti arruolati <u>6 (sei)</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

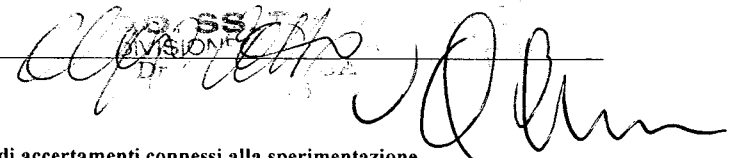
Il sottoscritto DR Carboni Luciano in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare 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)¹
 - ◇ 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 prestatato 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
<u>LUCIANO CARBONI</u>	<u>47784</u>	<u>DR medico</u>	<u>2</u>	<u>50</u>
<u>ALESSIO LAI</u>	<u>955</u>	<u>DR medico</u>	<u>2</u>	<u>50</u>

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

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

¹ N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

FATTURA

A8_V40 - 2016 - 325/42

del : 07/04/2016

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11960) BOEHRINGER INGELHEIM ITALIA S.P.A.

VIA LORENZINI, 8

20139 - MILANO

MI

P.IVA : 00421210485

P.IVA C.: IT00421210485

C.FIS. : 00421210485

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

Descrizione : VEDI PRE-FATTURA N°517/2015 SOSPESO N°1844/2016

PREFATTURA A8_PF1 - 2015 - 517

del : 23/10/2015

Carboni Luciano - Studio BI 1245.28 EudraCT 2009-016244-39 - U.O. Diabetologia P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 05/10/2015 - Cost Center 4031-10M0005 Account 2346	1,00	13 460,00	13 460,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

13 460,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

13 460,00

2 961,20

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

13 460,00

TOTALE IMPOSTA

2,961.20

TOTALE EURO

16 421,20

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI STABILITA' 2015).

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale

- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1- 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. 411 DEL - 3 MAG. 2016

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° 03 fogli

di n° 03 pagine.

03/3