

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

Data: 21/05/2015

Oggetto: RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI

TRANCHE FINALE

TITOLO dello studio:

BI 1245, 28

Codice Studio:

Sperimentatore DR. CARBONI LUCIANO
Struttura/U.O.C. SERVIZIO DIABETOLOGIA
Responsabile della U.O.C./ Struttura _____

Fattura n° <u>A8_V40-2015-9542</u> del <u>18/02/2015</u>	Tranche di pagamento (barrare) <u>8/</u>	fine studio (barrare) <u>2015</u>
N° Pazienti arruolati <u>7</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>/</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>OK</u>

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 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 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 [firma] il Dirigente Medico del P.O. [firma]

Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) [firma] **P.O. SS. Trinita**
DIVISIONE GERIATRIA
Dr. CATTE OLGA
Matt. 47805

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

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



http://www.aslcagliari.it

Email:
Tel: (+39)

24/45

FATTURA

A8_V40 - 2015 - 95/42

del : 18/02/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11966) 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 : PFT. 30/2015

PREPASTORALE A8_PF1 - 2015 - 30

del : 28/01/2015

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

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Impav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura II semestre 2014 del 19/01/2015	1,00	9 980,00	9 980,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI		TOTALE IMPAV		SPESA BOLLO	
9 980,00		0,00		0,00	
IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	AL. QUOTA	DESCRIZIONE	
9 980,00	2 195,60	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %	
TOTALE IMPONIBILE				9 980,00	
TOTALE IMPOSTA				2,195,60	
TOTALE EURO				12 175,60	

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCSSIONE 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 I - 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. 074 DEL 29 MAG. 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° 02 fogli
di n° 03 pagine