ASLCagliari

Presidio Ospedaliero
Binaghi

Centro Trapianti di Midollo Osseo

ALLEGATO A **pag. n.** 1

198
22 FEB. 2016

ASL8
NP/2015/ 0037188 del 17/12/2015 ore 12,17
Mittente : Ospedale Businco
Assegnatario : Servizi Generali Alberghieri e
Classifica : 1.

Al Responsabile
dei Servizi Generali Alberghieri e Logistica
Via Piero della Francesca,1 – Selargius
ASL N. 8 CAGLIARI

Cagliari, 18/12/2015.

Oggetto: Pagamento Fattura European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) – 2016 **Fattura CIC00811-2016 (esente IVA)**

Si chiede, come avvenuto negli anni precedenti, di voler provvedere con cortese urgenza al pagamento della Fattura EBMT per l'anno 2016. Il prezzo di Euro 1.090 è dovuto alla cessazione dell'attività del Centro Trapianti dell'Ospedale Microcitemico come CIC 812, e proseguimento del programma clinico e trapiantologico come CIC 811 (Deliberazione 162 del 16.02.2010). Pertanto, già è previsto il pagamento di una sola quota di iscrizione per il Centro CIC 811 con un piccolo supplemento per il maggiore numero di iscritti. **Il trasferimento bancario di 1.090 Euro dovrà gravare sui fondi del Centro Trapianti di Midollo Osseo.** Si ricorda che il pagamento della fattura è indispensabile ai fini del funzionamento del Dipartimento funzionale "Trapianti di Midollo Osseo".

Trattandosi di un pagamento all'estero, forniamo qui di seguito in lingua italiana le istruzioni date in fattura per il pagamento.

1) Il pagamento deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Il presente allegato è composto di n° 3 fogli di n° 3 pagine.
IL RESPONSABILE DEI SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA
Ing. Raffaele Peralta
18/12/2015

AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI
Serv. Generali Alberghieri e Logistica
18 DIC. 2015
P.I.C.
ENTRATA
IN DATA 21/12/2015

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Centro Trapianti di Midollo Osseo
Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari
Tel 070/6092800 Fax 070/6092936
Email: lanasa@tiscali.it
Responsabile: Prof. Giorgio La Nasa

2) **E' indispensabile indicare la causale:** CIC00811-2016

3) **L'importo di 1090 Euro dovrà essere a favore di:**

Intestatario del Conto:	**Society of EBMT**
Banca:	**RABO BANK, THE NETHERLANDS (Paesi Bassi)**
IBAN:	**NL11RABO0119470101**
BIC:	**RABONL2U**
CAUSALE:	**CIC00811-2016**

Rimango a disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.

Cordiali saluti

Prof. Giorgio La Nasa

Allegato: **Fattura EBMT CIC00811-2016**

ALLEGATO A **pag. n.** 21

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Centro Trapianti di Midollo Osseo
Via Is Guadazzonis, 3 – 09126 Cagliari
Tel 070/6092800 Fax 070/6092936
Email: lanasa@tiscali.it
Responsabile: Prof. Giorgio La Nasa

EBMT Society
Rijnsburgerweg 10
2333 AA Leiden
The Netherlands
www.ebmt.org

ALLEGATO A **pag. n.** 3

Giorgio La Nasa
Adult and PaediatricTransplant Centre
Centro Trapianti di Midollo Osseo
P.O. R. Binaghi Via Is Guadazzonis, 3
9126 Cagliari
Italy

Invoice EBMT Membership Fee - 2016

Invoice date: 01/01/2016
Invoice Ref: **CIC00811-1600485**
Our VAT NL804217257.B01
Your VAT

Quantity	Description	Total (Euro)
1.00	Annual EBMT Centre Membership 2016*	1.090,00
2.00	Additional Physicians	0,00
1.00	Additional Nurse	0,00
	Total	**Euro 1.090,00**

No VAT applied
(*)
The EBMT Centre Membership standard Fee of € 900 includes a team of 7 members made up with 3 physicians, 1 principal nurse, 1 data manager, 1 quality manager and 1 lab technician. Extra team members are charged at a rate of € 75 per extra physician, data manager or others and at a rate of € 40 per extra nurse.

If the invoice is not meant to be paid by you, please forward it to whoever will be responsible for the payment, making sure that the CIC number appears in the bank transfer details.

Payment Details

Payment should be made by bank transfer only within 30 days of receiving this invoice to the following account:

Account name: Society of EBMT in The Netherlands
Bank: RABO BANK, in The Netherlands
IBAN: ***NL*11*RABO*0119470101**
BIC: ***RABONL*2*U***

IT IS VERY IMPORTANT TO QUOTE THE INVOICE REFERENCE NUMBER IN THE REMITTANCE INFORMATION:

CIC00811/1600485

Failure to do this will mean that we will be unable to match the payment with your Centre.

Questions concerning this invoice should be directed to Alanna Mueller, EBMT Membership Assistant, at the following email address indicating the invoice reference number: membership@ebmt.org