673

28 GIU. 2016

ALLEGATO A

Agli Affari Generali
Ufficio di Struttura Sperimentazioni,
Via Pier della Francesca,6°Piano
09047 Selargius (CA)

Data:14.06.2016

Oggetto: **RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**

×TRANCHE ☐ FINALE

TITOLO dello studio:" **"Studio randomizzato, in aperto, multicentrico, a due bracci, di Fase II, per valutare i benefici di una nuova formulazione di deferasirox (compresse rivestite con film)"** Codice prot. **CICL670F2201** Sponsor: **Novartis Farma** Codice EudraCT:**2013-004167-32** Sperimentatore: **Dr.ssa Raffaella Origa** P.O. Ospedale Microcitemico U.O.C. Clinica Pediatrica, Talassemie e Malattie Rare - Azienda Ospedaliera Brotzu Verbale CEI: Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari nella seduta del 24/09/2014 verbale N°753 Autorizzazione D.G. Delibera N°. 16 del 14/01/2015..

Sperimentatore: Dr.ssa Raffaella Origa

Struttura/U.O.C.: Struttura Complessa Microcitemie ed altre Malattie Ematologiche Ospedale Microcitemico

Responsabile della U.O.C: Prof. Paolo Moi

Fattura n° : A8_V40 -2016 -356/42 del 08/04/2016	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati riferiti alla presente fattura: **11**	Sperim. in Regime di ricovero (barrare)	Sperim. in Regime ambulatoriale (barrare)
N° Pazienti arruolati nello studio: **11**		

La sottoscritta **Dr.ssa Raffaella Origa**, 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

Quota da attribuire al Fondo Day Hospital Talassemie € 21.420

Firma dello sperimentatore Raffaella Origa il Dirigente Medico del P.O. AO Brotzu - Cagliari P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO DIRIGENTE SANITARIO T.F. *Dott. Giuseppe Piras*

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore) AO Brotzu - Cagliari P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO A. JENNER - 09121 CAGLIARI U.O.C. Clinica Pediatrica Talassemie e Malattie Rare Direttore: *Prof. Paolo Moi* 070.52965656 - Fax 070.52965550

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

1/1

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

ASLCagliari

http:\\www.aslcagliari.it

FATTURA

A8_V40 - 2016 - 356/42

del : 08/04/2016

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12737) NOVARTIS FARMA SPA
LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1
21040 - ORIGGIO
VA
P.IVA : 02385200122
P.IVA C.: IT02385200122
C.FIS. : 07195130153

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

Descrizione : Vedi Pref 649/2015 - Origa Raffaella - CICL670F2201 EudraCT 2013-004167-32 - II^ Clinica Pediatrica P.O. Microcitemico COMPETENZE ASL8 AL 30/06/2015

PREFATTURA *A8_PF1 - 2015 - 649* *del : 31/12/2015*
Origa Raffaella - CICL670F2201 EudraCT 2013-004167-32 - II^ Clinica Pediatrica P.O. Microcitemico COMPETENZE ASL8 AL 30/06/2015

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. richiesta emissione fattura Nr. Ordine 45001404454 Run Date 29/12/2015	1,00	30 600,00	30 600,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
30 600,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
30 600,00	6 732,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	30 600,00
TOTALE IMPOSTA	6,732.00
TOTALE EURO	37 332,00

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
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. 673 DEL 28 GIU. 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 composto da n° 02 fogli di n° 02 pagine.