

"Du.A"

- 1157
- 21 OTT. 2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Data 08/10/2013

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: Studio clinico di immunizzazione primaria multicentrico di fase IB, in aperto randomizzato volto a valutare l'immunogenicità e sicurezza del vaccino HPV 16/18 VLP ABO4 di GSK e Smith Kline (GSK) Biologicals somministrato a ragazze sane di 14-25 anni di età, per via intramuscolare, secondo schedule alternative a 2 dosi in confronto alla somministrazione dello stesso vaccino secondo la schedule standard a 3 dosi in 3 mesi.
Sperimentatore: giovani donne sane di 15-25 anni di età

Struttura/U.O.C.:

Dott. Giorgio Carlo Steri

Responsabile della U.O.C.:

Servizio Igien e Sanità Pubblica

Dott. GIORGIO CARLO STERI

Fattura n° 18 V402013 del 13/09/2013	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
2240/42	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)
N° Pazienti arruolati 46 (42 riferiti alla presente fattura)		

Il sottoscritto _____, 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:

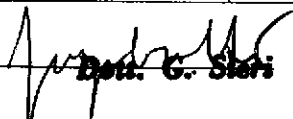
◊ come da elenco allegato (allegato n.1), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)¹

◊ effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati come da convenzione

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
Dott. GIORGIO CARLO STERI	46424	MEDICO	30	25%
Dott. GABRIELE PERU	2470	MEDICO	30	25%
Dott.ssa SINDONETTA SAVITIS	4644	MEDICO	30	25%
D. P. DI CARCEGA	45287	INFERMIERA	60	25%

Firma dello sperimentatore


Dott. G. Steri

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

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)

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2240/42

del : 13/09/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16231) OPIS S.R.L.

PALAZZO ALIPRANDI - VIA MATTEOTTI, 10
20832 - DESIO

P.IVA : 12605350151

P.IVA C.: IT12605350151

C.FIS. : 12605350151

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO HPV-070 - DR G. STERI

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	25 300,00	25 300,00	0,00	D21	21,00
TOTALE PRESTAZIONI		25 300,00		0,00			0,00
IMPONIBILE		25 300,00					
IMPOSTA		5 313,00					
COD. IVA		D21					
ALIQUOTA		21.0%					
DESCRIZIONE							Iva detraibile al 21%
TOTALE IMPONIBILE				25 300,00			
TOTALE IMPOSTA				5,313.00			
TOTALE EURO				30 613,00			

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

Il presente allegato è com-

posto di n° 02 fogli.

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 1157 DEL 21 OTT. 2013
Il Responsabile del Servizio
Assistenza Ospedaliera
Dr.ssa Rosella Sais