(barrare)

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: MO22998 TANIA "STUDIO di FASE III randomizzato per valutere efficacio e simuzzo del Trettemento continuato e di reinduzione con associazione bevacizum abin associazione alla chmioterapio in pazinti con carcinoma della manniella local recisivat sperimentatore: VALLE ENRICHETTA o metanoti ONCOLOGIA REDICA BUSINCO Struttura/U.O.C.: Responsabile della U.O.C: ex Prol. A. PIGA . attuel FF. E. DEFRAIA A8 V40-2013 Tranche di pagamento fine studio Fattura nº: 2272/42 del 19.09-2013 (barrare) (barrare) Sperim in Regime di Sperim in Regime N° Pazienti arruolati nello studio ricovero ambulatoriale

11 sottoscritto VALLE ENRICHETTA _, 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:

(barrare)

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:

Nº Pazienti di cui alla presente fattura

- o 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 |
| VALLE ENRICHETTA | 48714 | P.L. DIRICENTE MEDI | p 25 | 50% |
| CHINNI MASSIMO | 51900 | DIRIGENTEMEDI | | 25% |
| URMCCI YLENIA | 52858 | DIRIGENTE MEDIC | 12 | 25% |
| | | | | |
| | | | | w.CO _t |
| | | | Ch - P.O. | A. BUSINCO MEDICA |
| | | A.S.1 | ONCOLOG | A.BUSINCO" A. MEDICA Isio Defraia ISIO "A. BUSINCO |
| | | 0 | T. Doll - | O. "A.BUSINCO |
| Firma dello sperimentatore | il | Differential Medica dal B.O. | HISITI STICK | LOGIA CA |
| | a) | Durgerije medico del P.O. | Dir.: Dou | ENL |
| Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperin | nentatore) | 76 70 TO | | |

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

Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

(Ai sensi dell'Art. 10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal tariffario Aziendale; mentre per i pazienti ambulatoriali TUTTE le visite, gli esami di laboratorio e strumentali previsti dal protocollo devono essere rimborsati con le stesse modalità. Gli esami strumentali e di laboratorio sono effettuati secondo quanto disposto dal regolamento aziendale per la libera professione).

| indagine/prestazione | CODICE Prestazione Tariffario Aziendale | Tariffa unitaria | Numero prestazioni | TARIFFA TOTALE |
|--|--|---|-----------------------|-------------------|
| MOM si è leso m | e 6 nario | | | |
| elferror olcum | occarlament | 0 | | |
| efferier olcum che en delle prote co chima | Morrech | | | |
| viola duce | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | <u></u> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Data 30-X-13 | A S.L. CA - P.O. "A.BUSINCO" |
|--|---|
| Firma dello sperimentatore XVLL | A.S.L. CA - P.O. "A.BUSINCO" A.S.L. CA - P.O. "A.BUSINCO" S.C. ONCOLOGIA MEDICA S.C. ONCOLOGIA Defraia Dir.: Dott. Efisio Defraia |
| Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore) | |
| | |

Azienda Sanitaria Locale nº 8 - Cagliari Via Piero Della Francesca, 1 Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047 C.F. e P.IVA 02261430926



http://www.as/cagliari.it Email : Tel : (+39)

62/13

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2272/42

del: 19/09/2013

Ufficio Emittente: UDA8-Servizio Bilancio -

registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11942) ROCHE S.P.A. PIAZZA DURANTE, 11

20131 - MILANO

P.IVA: 00747170157 P.IVA C.: IT00747170157 C.FIS.: 00747170157

Tipo di riscossione: RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione: studio MO22998 - Dr.ssa Tania Valle - Oncologia medica Businco

| Godice | Descrizione | Quantità | Prezzo | lmporto Eng | oav 0.0% C | od. Iva | % Iva | |
|--|--|--------------------|------------|--------------|--------------------------|---------------|-------|--|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI | 1,00 | 3 000,00 | 3 000,00 | 0,00 | D21 | 21,00 | |
| | | TOTALE PRESTAZIONI | TOTALEE | N PAV | Santo Energia | SPESE | BOLLO | |
| | | 3 000,00 | 0,00 | | Comment of the secretary | 0,00 | | |
| Maria Maria de Caractería de C | IMPONIBILE IMPOSTA COD VA ALIQUOTA DESCRIZIONE | | | | | | | |
| | 3 000,00 | 630,00 | | 11.0% | · | /a detraibile | | |
| | | | TOTALE IM | PONIBILE | | 3 | 00,00 | |
| | | | TOTALEEURO | | | 630.00 | | |
| | | | | | | 3 630,00 | | |

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

AZIENDA O TO LUSL Nº 8 CAGLIARI

La presente copia, composta di N. <u>3</u> fogli, è conforme all'originale esistente presso questo Ufficio - L. 4.1.1968, N. 15.

Geovaria Rom

N. 300 DEL WAR. 2014

Il Responsabile U.O.C. Planificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management Dott.ssa Giovanna Rossi

Glovaine Ron