

Allegato "A"

492
14 APR. 2014

Data 06/11/2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: BD 01 10 - TYPE

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Struttura/ U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla – P.O. Binaghi

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

ASL8

NP/2013/0043322 del 11/11/2013 ore 13.35

Mittente P.O. Binaghi

Struttura Servizio Assistenza Ospedaliera

Classifica 1.2



Fattura n° 2371/42 del 30/09/2013	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input checked="" type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 10	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime ambulatoriale

La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, 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)
 - 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 così come di seguito riepilogato:

Nome e Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
Marrosu Maria Giovanna	3407	Professore Universitario	10	40%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	30%
Lorefice Lorena	19670	Assegnista Universitario	10	30%

Firma dello Sperimentatore

M. Marrosu

Il Dirigente Medico del P.O.

[Signature]

Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore)

*D. me. Fadda
21/11/13
Flav*

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 DPR 17/02/1992; 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 nomenclatore tariffario regionale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	Tariffa totale

Data

Firma dello sperimentatore M. G. Russo Il Dirigente Medico del P.O. A. Russo

Firma del responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) _____

R-69/13

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2371/42

del : 30/09/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(15013) BIOGEN IDEC ITALIA SRL (EX BIOGEN DOMPE' SRL)

VIA SAN MARTINO, 12-12/A

20122 - MILANO

MI

P.IVA : 03663160962

P.IVA C.: IT03663160962

C.FIS. : 03663160962

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO "TYPE" - SPERIM. MARROSU M.G.

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0-0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	1 650,00	1 650,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

1 650,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

1 650,00

346,50

D21

21,0%

Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE

1 650,00

TOTALE IMPOSTA

346,50

TOTALE EURO

1 996,50

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 DETERMINAZIONE

N. 492 DEL 14 APR. 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo
Strategico, Qualità e Risk Management

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi

Il presente allegato è com-

posto da n° 03 fogli

di n° 03 pagine

92