

Data 5.08.2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi
TITOLO dello studio:

CC-5033-PASS-001 STUDIO OSSERVAZIONALE, NON INTERVENTIVO, POSTI-ADIBIOPAZIONE PER LA VALUTAZIONE DELLA SICUREZZA IN SOCCORSI SANI POSTI A TIRAZIONE CON LEMACIDOMIDE

Sperimentatore: RITA FLORIS X PROF. GIORGIO LA MASA, CITO P.O. B. MAGGI

Struttura/U.O.C.: ASC. 8 LAGUAR'

Responsabile della U.O.C.: PROF. GIORGIO LA MASA

Fattura n°: <u>2221-4 del 12.09.2013</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>26</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto GIORGIO LA MASA, 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 come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
<u>RITA FLORIS</u>	<u>51223</u>	<u>DIRIGENTE MEDICO</u>		<u>1'500,00</u>
<u>FONDO ECONOMICO CTMO</u>				<u>570,60</u>

Firma dello sperimentatore Rita Floris il Dirigente Medico del P.O. [Firma]
 Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) Giorgio La Masa

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

ALLEGATO n.1

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	Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data _____

Firma dello sperimentatore *Reles* il Dirigente Medico del P.O. X

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

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 - 2221/42

del : 12/09/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16042) PAREXEL INTERNATIONAL SRL

VIA TURATI , 28

20100 - MILANO

MI

P.IVA : 11375240154

P.IVA C.: IT11375240154

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio clinico CC-5013-PASS-001 - La Nasa

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav	0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 958,00	2 958,00	0,00		D21	21,00
TOTALE PRESTAZIONI				2 958,00	0,00			
TOTALE ENPAV					0,00			
IMPONIBILE				2 958,00				
IMPOSTA				621,18				
COD. IVA				D21				
ALIQUOTA				21,0%				
DESCRIZIONE								Iva detraibile al 21%
TOTALE IMPONIBILE								2 958,00
TOTALE IMPOSTA								621,18
TOTALE EURO								3 579,18

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 da n° 3 fogli
di n° 3 pagine

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 530 DEL 22 APR. 2014

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