

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: INTERNATIONAL COOPERATIVE GROWTH STUDY POST
MARKETING SURVEILLANCE PROGRAM FOR NUTROBIN AQ
Prot n° 279 58035 005

Sperimentatore:

SANDRO LOCHE

Struttura/U.O.C.:

ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA MICROCITIZIA

Responsabile della U.O.C.:

SANDRO LOCHE

Fattura n°: <u>23/42</u> del <u>11/02/2014</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>6</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>NO</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>NO</u>

Il sottoscritto SANDRO LOCHE, 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

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. 7794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
<u>SANDRO LOCHE</u>	<u>49111</u>	<u>DIRIG. MEDICO</u>	<u>3</u>	<u>100%</u>

Firma dello sperimentatore

Sandro Loché

il Dirigente Medico del P.O.

DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITIZIA
Dott. M. Gabriella Nardi

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

59/13

FATTURA

A8_V41 - 2014 - 23/42

del : 11/02/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(12819) IPSEN SPA

VIA A. FIGINO , 16

20156 - MILANO

MI

P.IVA : 07161740159

P.IVA C.: IT07161740159

C.FIS. : 05619050585

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio Clinico 2 79 58035 005 - DR Sandro Loche

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI <i>Periodo di riferimento: dal 01/01/2013 al 30/07/2013</i>	1,00	2 000,00	2 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

2 000,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

2 000,00

440,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

2 000,00

TOTALE IMPOSTA

440,00

TOTALE EURO

2 440,00

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

Quota 70% € 1.400,00

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° 02 fogli
di n° 02 pagine

Groni

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 571 DEL - 6 MAG. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi