

ALLEGATO A

fr. 1
15858

720

9 GIU. 2014

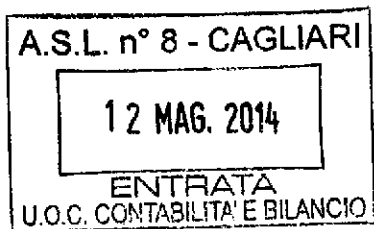
CAGLIARI EMERGENZA onlus

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

P.I. 02880840927 - Cod Fisc. 02880840927



Spett.le Azienda USL N.8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I. 02261430926
P.O. SS.TRINITA'

Fattura/Ricevuta n° 03 del 31/01/2014

Cagliari 31/01/2014

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. SS.TRINITA' VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL RELATIVO AL MESE DI GENNAIO 2014 CIG : ZBA0EF2E67

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/3238 del 13/01/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 08,00 del 13/01/2014 sino alle ore 14,00 del 13/01/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad. € 210,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/3922 del 14/01/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 08,00 del 14/01/2014 sino alle ore 14,00 del 14/01/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad. € 210,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/..... del 31/01/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 08,00 del 31/01/2014 sino alle ore 14,00 del 31/01/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad. € 210,00

TOTALE

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni
Rimborso spese varie per servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per auto sostenimento dell'Associazione

Il presente allegato è composto di n° 7 fogli di n° 7 pagine. € 630,00

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA
Ing. Raffaele Peralta

[Handwritten signature]

**Coordinate Bancarie: Banco di Sardegna S.p.A.
Agenzia n°5 Pirri Piazza Serrau
C/C n° 0153 - 70061948
ABI 01015 / CAB 04808
IBAN: IT75R0101504808000070061948**



E-mail cagliariemergenza@yahoo.it www pagine gialle ambulanze cagliari emergenza

ALL. A p. 2

15859

✓

CAGLIARI EMERGENZA onlus

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

P.I. 02880840927 - Cod Fisc. 02880840927

A.S.L. n° 8 - CAGLIARI

12 MAG. 2014

ENTRATA
U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO

Spett.le Azienda USL N.8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I. 02261430926
P.O. SS.TRINITA'

Fattura/Ricevuta n° 07 del 28/02/2014

Cagliari 28/02/2014

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. SS.TRINITA' VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL RELATIVO AL MESE DI FEBBRAIO 2014 CIG : ZBA0EF2E67

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/15450 del 07/02/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 08,00 del 07/02/2014 sino alle ore 14,00 del 13/01/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad.* € 210,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/17842/AB del 12/02/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 08,00 del 12/02/2014 sino alle ore 14,00 del 14/01/2014; per un totale di nr 06 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad.* € 210,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/.....del 20/02/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S. Del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,00 del 20/02/2014 sino alle ore 22,00 del 20/02/2014; per un totale di nr 08 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad.* € 280,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/28202 del 10/03/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S. Del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,00 del 26/02/2014 sino alle ore 22,00 del 26/02/2014; per un totale di nr 08 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad.* € 280,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/28202del 10/03/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S. Del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 12,30 del 28/02/2014 sino alle ore 22,00 del 28/02/2014; per un totale di nr 09 ore e 30 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 35,00 cad.* € 332,50
- Come da specifica richiesta fornito 2° operatore pari fascia oraria per un rimborso economico pari a € 10,00 ora cad.* € 95,00

TOTALE

€ 1407,50

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni
Rimborso spese varie per servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per auto sostenimento dell'Associazione

0 1 13 121804 488 4

ASL CAGLIARI - V. FRATELLI
DIREZIONE SANITARIA
OSPEDALE SS. TRINITA'

2

15861

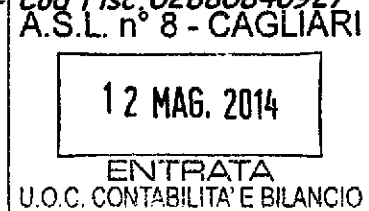
CAGLIARI EMERGENZA onlus

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

P.I. 02880840927 - Cod. Fisc. 02880840927



Spett.le Azienda USL N.8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I. 02261430926
P.O. SS.TRINITA'

Fattura/Ricevuta n° 10 del 31/03/2014

Cagliari 31/03/2014

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. SS.TRINITA' VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL RELATIVO AL MESE DI MARZO 2014 CIG : ZBA0EF2E67

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

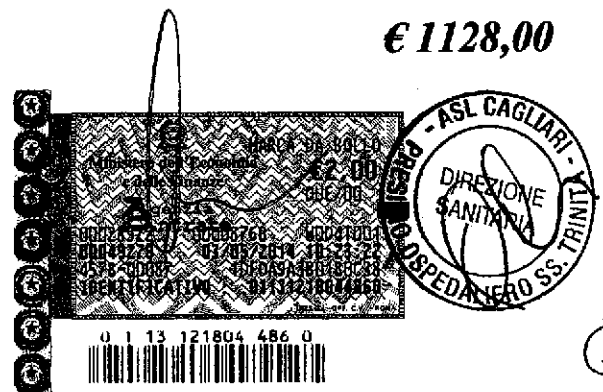
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/28202 del 10/03/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,30 del 04/03/2014 sino alle ore 22,00 del 04/03/2014; per un totale di nr 07 ore e 30 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 210,00
- Fornito 2° operatore dalle ore 14,30 sino alle ore 19,30 per un totale di n.5 ore al rimborso economico orario pari a € 10,00 ora/cad. € 50,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/ /AB del 08/04/2014, per il servizio svolto a disposizione del pronto Soccorso del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 22,00 del 10/03/2014 sino alle ore 06,00 del 11/03/2014; per un totale di nr 08 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 224,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/30371 del 13/03/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S. Del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,00 del 13/03/2014 sino alle ore 22,00 del 13/03/2014; per un totale di nr 08 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 224,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/30372 del 14/03/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal reparto di radiologia del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 07,00 del 14/03/2014 sino alle ore 14,00 del 14/03/2014; per un totale di nr 07 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 196,00
- Come da Vostra richiesta prot.PG/2014/31083 del 15/03/2014, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S. Del Vs P.O, verso i vari reparti e gli altri Presidi con relativo rientro, dalle ore 14,00 del 15/03/2014 sino alle ore 22,00 del 15/03/2014; per un totale di nr 08 ore, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 224,00

€ 1128,00

TOTALE

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Rimborso spese varie per servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per auto sostenimento dell' Associazione



13977

ALL. A. n. 4
15881

✓

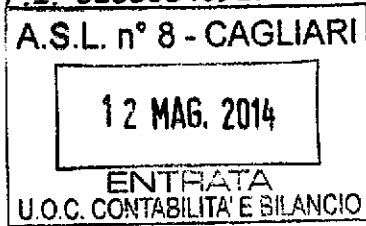
CAGLIARI EMERGENZA onlus

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927



Spett. Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca n°1
09047 Selargius
Cod.Fisc 02261430926
P.O. "R.BINAGHI"

Fattura /Ricevuta n° 04 del 31/01/2014

Cagliari 31/01/2014

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI GENNAIO 2014
CIG : ZBA0EF2E67

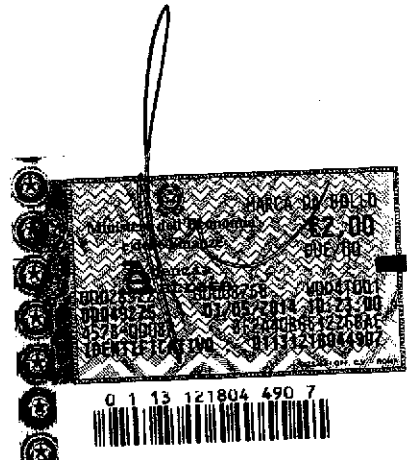
Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

<i>Richiesta ambulanza come da Prot.32/Ds del 08/01/2014 per trasferimento pazienti dai reparti del Vs P.O. verso i vari reparti interni e Presidi esterni e rientro, per il giorno 07/01/2014 dalle ore 07,00 alle ore 13,00 per il totale di n° 06 ore, al contributo economico orario pari a € 35,00 cad</i>	€ 210,00
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.115/Ds del 15/01/2014 per trasferimento pazienti dai reparti interni del Vs P.O, verso i vari reparti e Presidi esterni e rientro, per il giorno 09/01/2014 dalle ore 07,00 alle ore 14,00 per il totale di n°07 ore, al contributo economico orario pari a € 35,00 cad.</i>	€ 245,00
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.116/Ds del 15/01/2014 per trasferimento paziente dal reparto di rianimazione del Vs P.O, verso il Presidio Ospedaliero Brotzu e rientro, per il giorno 14/01/2014 dalle ore 07,00 alle ore 11,00 per il totale di n°01 ora, al contributo economico orario pari a € 35,00 cad.</i>	€ 35,00
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.114/Ds del 15/01/2014 per trasferimento paziente dal reparto di rianimazione del Vs P.O, verso il Presidio Ospedaliero Marino e rientro, per il giorno 15/01/2014 dalle ore 10,30 alle ore 11,30 per il totale di n°01 ora, al contributo economico orario pari a € 35,00 cad.</i>	€ 35,00
TOTALE	€ 525,00

Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per l'autosostentimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri
C.C. 0153/ 70061948 ABI 01015 – CAB 04808
IBAN:IT75R0101504808000070061948

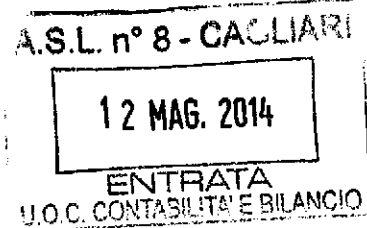
[Signature]
P.O. "R.BINAGHI" - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dott.ssa Maria Grazietta Pirra
MATR. N. 051575



15853

CAGLIARI EMERGENZA onlus
 Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127
 Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134
 Tel. 3285911433 - 3929237133
 Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927

Spett. Azienda USL N. 8
 Via Piero della Francesca n°1
 09047 Selargius
 Cod.Fisc 02261430926
 P.O. "R.BINAGHI"



Fattura /Ricevuta n° 06 del 28/02/2014

Cagliari 28/02/2014

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI FEBBRAIO 2014
 CIG : ZBA0EF2E67

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

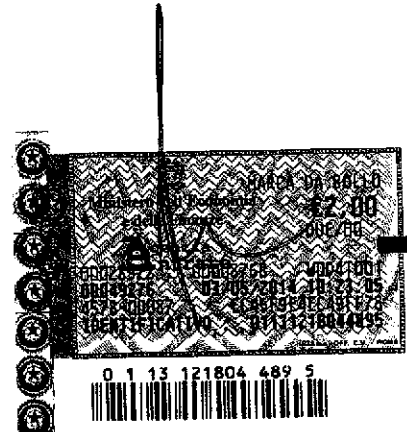
- Richiesta ambulanza come da Prot.430/Ds del 12/02/2014 per trasferimento pazienti dai reparti del Vs P.O. verso i vari reparti interni e Presidi esterni e rientro, per il giorno 11/02/2014 dalle ore 10,00 alle ore 14,00 per il totale di n° 04 ore, al contributo economico orario pari a € 35,00 cad* € 140,00
- Richiesta ambulanza come da Prot.525/Ds del 20/02/2014 per trasferimento pazienti dai reparti interni del Vs P.O. verso i vari reparti e Presidi esterni e rientro, per il giorno 20/02/2014 dalle ore 10,00 alle ore 12,30 per il totale di n°02 ore E 30 minuti, al contributo economico orario pari a € 35,00 cad.* € 87,50

€ 227,50

TOTALE

Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per l'autosostenimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.
 Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri
 C.C. 0153/ 70061948 ABI 01015 – CAB 04808
 IBAN:IT75R0101504808000070061948



*P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
 DIREZIONE SANITARIA
 Dott. ssa Maria Grazia Pinna
 MATR. N. 04454*



✓

CAGLIARI EMERGENZA onlus

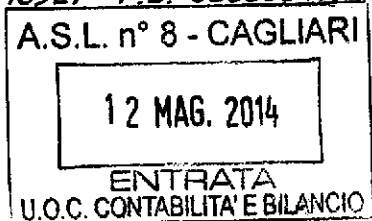
Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927

158,55



Spett. Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca n°1
09047 Selargius
Cod.Fisc 02261430926
P.O. "R.BINAGHI"

Fattura /Ricevuta n° 09 del 31/03/2014

Cagliari 31/03/2014

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI MARZO 2014
CIG : ZBA0EF2E67**

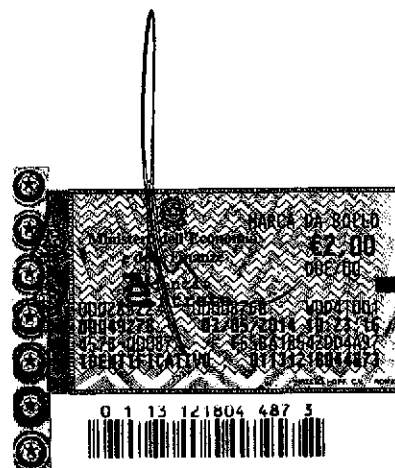
Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

<i>Richiesta ambulanza come da Prot.628Ds del 04/03/2014 per trasferimento paziente dal reparto di rianimazione del Vs Presidio verso la RSA in località Capoterra e rientro, per il giorno 04/03/2014 dalle ore 10,00 alle ore 12,00 per il totale di n°02 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad</i>	€ 56,00
<i>Percorsi n. 55 km al rimborso spese pari a € 0,85 km/cad.</i>	€ 46,75
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.800 /Ds del 18/03/2014 per trasferimento paziente dal reparto di rianimazione del Vs Presidio verso il P.O. SS.Trinità e rientro, per il giorno 12/03/2014 dalle ore 12,00 alle ore 14,00 per il totale di n°02 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad</i>	€ 56,00
<i>Fornito 2° operatore pari ore al rimborso economico di € 10,00 ora/cad</i>	€ 20,00
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.801 /Ds del 18/03/2014 per trasferimento paziente dal reparto di rianimazione del Vs Presidio verso altri Presidi e rientro, per il giorno 17/03/2014 dalle ore 12,00 alle ore 14,00 per il totale di n°02 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad</i>	€ 56,00
<i>Fornito 2° operatore pari ore al rimborso economico di € 10,00 ora/cad</i>	€ 20,00
TOTALE	€ 254,75

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per l'autosostentimento dell'Associazione
importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

**Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri
C.C. 0153/ 70061948 ABI 01015 – CAB 04808
IBAN:IT75R0101504808000070061948**

P.O. "R.BINAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dott.ssa Maria Graziella Pinna
MATR. N. 851513



6

15856

CAGLIARI EMERGENZA onlus

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927

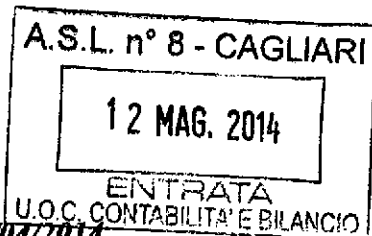
Spett. Azienda USL N. 8

Via Piero della Francesca n°1

09047 Selargius

Cod.Fisc 02261430926

P.O. "R.BINAGHI"



Fattura /Ricevuta n° 14 del 19/04/2014

Cagliari 19/04/2014

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI APRILE 2014
CIG : ZBA0EF2E67

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

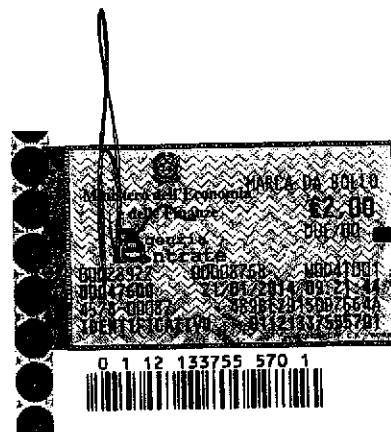
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.1174/Ds del 16/04/2014 per trasferimento pazienti dai reparti del Vs Presidio verso altri presidi e rientro, per il giorno 07/04/2014 dalle ore 11,00 alle ore 14,00 per il totale di n°02 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad</i>	€ 56,00
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.1175/Ds del 16/04/2014 per trasferimento paziente dal reparto di rianimazione del Vs Presidio verso il P.O. SS.Trinità e rientro, per il giorno 08/04/2014 dalle ore 11,00 alle ore 15,00 per il totale di n°04 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad</i>	€ 112,00
<i>Richiesta ambulanza come da Prot.1176/Ds del 16/04/2014 per trasferimento pazienti dai reparti del Vs Presidio verso altri Presidi e rientro, per il giorno 11/04/2014 dalle ore 11,00 alle ore 15,00 per il totale di n°04 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad</i>	€ 112,00

TOTALE

€ 280,00

Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o commesse per l'autosostentimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri
C.C. 0153/70061948 ABI 01015 - CAB 04808
IBAN:IT75R0101504808000070061948



P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
 DIREZIONE SANITARIA
 Dott.ssa Maria Grazia Pigna
 MATR. N. 054513