

1098
- 8 SET. 2014

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Data 28.10.13

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: PROTOCOLLO CRAD 00.1 K 24133

"OPEN LABEL, MULTICENTER EXPANDED ACCESS STUDY OF
EVEROLIMUS IN PATIENTS WITH ADVANCED NEUROENDOCRINE
TUMORS"

Sperimentatore: DR. FRANCESCA BRUDER

Struttura/U.O.C.: SSD MELANOMI E PATOLOGIE RARE - ONC. MED.

Responsabile della U.O.C.: (H) DR. EFISIO DEFRANIA

Fattura n°: <u>A8-V40-2013- 2241/42</u> del <u>13.09.2013</u>	Tranche di pagamento (barrare) <u>—</u>	fine studio (barrare) <u>19.04.2012</u>
N° Pazienti arruolati <u>3</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>—</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>SI</u>

Il sottoscritto FRANCESCA BRUDER, 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>FRANCESCA BRUDER</u>	<u>48445</u>	<u>D.R. MEDICO</u>	<u>2</u>	<u>100%</u>

Firma dello sperimentatore *Francesca Bruder*

il Dirigente Medico del P.O. *Francesca Bruder*
AZIENDA A.S.L. LINCOLN COGLIARI
P.O. "A. BUSINCO"

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

DIPARTIMENTO ONCOLOGIA MEDICA
S.S.D. MELANOMA E PATOLOGIE RARE
Responsabile: D.ssa FRANCESCA BRUDER

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 28-10-13

Firma dello sperimentatore

il Dirigente Medico del R.O.

AZIENDA S.S.I. NDB - CAGLIARI
P.O. "A. BUSINCO"
DIPARTIMENTO ONCOLOGIA MEDICA
S.S.D. MELASARE
S.S.D. DI ANATOMIA E PATOLOGIE BARE
Responsabile: D.ssa FRANCESCA BRUDER

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

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2241/42

del : 13/09/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16231) OPIS S.R.L.

PALAZZO ALIPRANDI - VIA MATTEOTTI, 10
20832 - DESIO

P.IVA : 12605350151
P.IVA C.: IT12605350151
C.FIS. : 12605350151

44/13

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CRAD001K24133 - DR.SSA BRUDER - BUSINCO

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	1 200,00	1 200,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
1 200,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
1 200,00	252,00	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	1 200,00
TOTALE IMPOSTA	252,00
TOTALE EURO	1 452,00

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. 1098 DEL - 8 SET. 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

[Handwritten signature]

3/3