

All'U.O.C Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

**Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi**

Cod. studio	CINC424A2401	cod. eudract	
Titolo studio	AN OPEN-LABEL, MULTICENTER, EXPANDED ACCESS STUDY OF INC424 FOR PATIENTS WITH PRIMARY MYELOFIBROSIS (PMF) OR POST POLYCYTEMIA MYELOFIBROSIS (PPV MF) OR POST ESSENTIAL THROMBOCYTEMIA MYELOFIBROSIS (PET-MF)		
PI	Angelucci	ID FATTURA	

Responsabile della U.O.C: EMANUELE ANGELUCCI

Fattura n°: A8_V40_2014_631 del 27/04/2014	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati 5	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Emanuele Angelucci, 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:
  - O 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)<sup>1</sup>
  - O 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 prestatato 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
<b>QUOTA DA VERSARE INTEGRALMENTE NEL FONDO F.DO EMATOLOGIA B</b>				

Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.



20108/14

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

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

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria  
P.O. "A. BUSINCO"  
DIRIGENTE MEDICO  
Mat. 48308 - Dott. Maria Aurora

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	Codice Prestazione Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data

Firma dello sperimentatore

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

il Dirigente Medico del P.O.

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria  
 P.O. "A. BUSINCO"  
 DIRIGENTE MEDICO  
 Matr. 49308 - Dott. Paolo Mundaia

8/14

**FATTURA**

A8\_V40 - 2014 - 631/42

del : 17/04/2014

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

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : v. prefattura 76/2014

PREFATTURA

A8\_PF1 - 2014 - 76

del : 29/01/2014

Angelucci Emanuele - Studio CINC424A2401 EudraCT 2010-024473-39 U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. visite paziente maturate al 18/11/2013	1,00	3 650,00	3 650,00	0,00	D22	22,00
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>							
		3 650,00		0,00			0,00
<b>IMPONIBILE</b>							
		3 650,00					
		<b>IMPOSTA</b>	<b>COD. IVA</b>	<b>ALIQUOTA</b>			<b>DESCRIZIONE</b>
		803,00	D22	22.0%			IVA DETRAIBILE 22 %

<b>TOTALE IMPONIBILE</b>	3 650,00
<b>TOTALE IMPOSTA</b>	803,00
<b>TOTALE EURO</b>	4 453,00

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

Il presente allegato è com-  
posto da n° 03 fogli  
di n° 03 pagine

*Scibla*

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 1103 DEL 8 SET. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

*Giovanna Rossi*

3/3