

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

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Cod. studio	CLL11 BO21004	cod. eudract	
Titolo studio	STUDIO DI FASE III IN APERTO, MULTICENTRICO, RANDOMIZZATO A TRE BRACCI, VOLTO A CONFRONTARE EFFICACIA E SICUREZZA DI RO5072759 + CLORAMBUCILE (GCLB), RITUXIMAB + CLORAMBUCILE (RCLB) O CLORAMBUCILE (CLB) IN MONOTERAPIA IN PAZIENTI AFFETTI DA LEUCEMIA LINF		
PI	Angelucci	ID FATTURA	

Responsabile della U.O.C: EMANUELE ANGIUCCI

Fattura n° : A8_V40_2014_270 del 18/03/14	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati 3	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

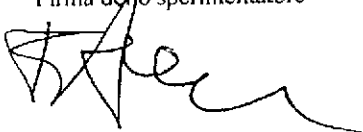
Il sottoscritto EMANUELE ANGIUCCI, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare 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)¹
 - 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 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
QUOTA DA VERSARE INTEGRALMENTE NEL FONDO F.DO EMATOLOGIA B				

Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.

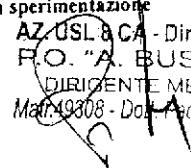


20/08/14

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
Matr. 49308 - Dott. Paolo Mundula



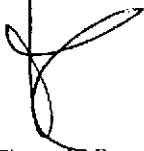
Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

(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

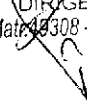


Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore)

il Dirigente Medico del P.O.



AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE MEDICO
Matr. 48308 - Dott. Paolo Mundula



9/14
 10/14

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 270/42
 del : 18/03/2014
 Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
 registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
 (11942) ROCHE S.P.A.
 PIAZZA DURANTE, 11
 20131 - MILANO
 MI
 P.IVA : 00747170157
 P.IVA C.: IT00747170157
 C.FIS. : 00747170157

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : VEDI PREFATTURE N°77 E 78

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 77 del : 29/01/2014
 Angelucci Emanuele - Studio ML17638 U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta di fatturazione per attività svolte nell'anno 2011 SALDO STUDIO	1,00	2 500,00	2 500,00	0,00	D22	22,00

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 78 del : 29/01/2014
 Angelucci Emanuele - Studio BO21004 EudraCT 2009-012476-28 U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta fatturazione per attività svolte anno 2013	1,00	9 150,00	9 150,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESA BOLLO		
11 650,00	0,00	0,00		
IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
11 650,00	2 563,00	D22	22,0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	11 650,00
TOTALE IMPOSTA	2.563,00
TOTALE EURO	14 213,00

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

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

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

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
 N. 1104 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

per 03 pagine

Fede