

Allegato A

1105
- 8 SET. 2014

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

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Cod. studio	ML17638	cod. eudract	
Titolo studio	TERAPIA DI MANTENIMENTO CON RITUXIMAB VERSO SOLA OSSERVAZIONE DOPO BREVE TERAPIA DI INDUZIONE CON R-FND IN PAZIENTI ANZIANI CON NHL FOLLICOLARE		
PI	Angelucci	ID FATTURA	

Responsabile della U.O.C: EMANUELE ANGELOCCI

Fattura n°: A8_V40_2014_270 del 28/3/14	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati 4	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)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 Mundaia

1/2

FATTURA

CLIENTE

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

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	Quantita	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	Quantita	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	SPESE 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

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
 N. 1105 DEL - 8 SET. 2014
 Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo
 Strategico, Qualità e Risk Management
 Dott.ssa Giovanna Rossi

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

Giovanna Rossi

Scabe

**ALLEGATO B
RIPARTIZIONE COMPENSI**

Studio ML17638
Sponsor Roche S.p.A.
Sperimentatore Dott. Angelucci Emanuele

€ 2.500,00	Fattura n. 270 del 18/03/2014
€ 550,00	IVA 22%
€ 3.050,00	TOTALE
€ 1.750,00	70% Fondo Ematologia Businco
€ 750,00	30% Quota Azienda ASL 8

Detto

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
1105 DEL - 8 SET. 2014

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° 01 fogli
di n° 01 pagine

Detto