

D. me. lai

ASL8

PG/2013/ 0136065 del 18/11/2013 ore 08,38

Allegato "A"

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Data 6-11-13

Oggetto: dichiarazione costi aggi

Spes. Studi - Assistenza Ospedaliera

214

- 20 FEB. 2014



TITOLO dello studio:

CICL 670A2409E1 ORDINE N 4500036092/4500036113  
4500058292

CICL 670A2409 - ORDINE N° 4500014046 (RESIDUO)

Sperimentatore:

PROF. SSAMELIANA LAI

Struttura/U.O.C.:

DM EMATOLOGIA ADULTI

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n°: <u>A8-V40-2011</u> <u>1666/42</u> del <u>16/06/11</u> <u>1667/42</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) X 6277,99
N° Pazienti arruolati <u>6</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) X	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto M. ELIANA LAI, 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)<sup>1</sup>

◊ 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. 7794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
Prof.ssa M. ELIANA LAI	2837	RESPONSABILE	10	2000,99
Dott.ssa STEFANIA VACQUER	49579	DIR. MEDICO	10	1600
Dott.ssa M. PAOLA CARTA	46234	DIR. MEDICO	8	1300
Sig.a PATRIZIA PANI	48193	1. COORDINATRICE	5	459
Sig.a ANNA GHIANI	46520	INF PROFESSIONALE	9	459
Sig.a SABRINA MALLUS	49266	INF PROFESSIONALE	9	459
<b>AZIENDA U.S.L. N. 8</b>				
OSPEDALE REGIONALE per le MICROCITEMIE				
SEZIONE EMATOLOGIA ADULTI				

Responsabile: Prof. M.E. LAI

Firma dello sperimentatore

*[Signature]*

il Dirigente Medico del P.O.

*[Signature]*  
DIRETTORE SANITARIA  
OSP. MICROCITEMIE  
Dott. M. Gabriella N

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

<sup>1</sup> N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

44/10

**FATTURA**

A8\_V40 - 2011 - 1666/42

del : 16/06/2011

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

**CLIENTE**

Spett.le

( 12737 ) NOVARTIS FARMA SPA

LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1

21040 - ORIGGIO

VA

P.IVA : 02385200122

P.IVA C. : IT02385200122

C.FIS. : 07195130153

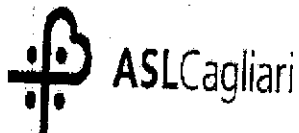
Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CICL670A2409E1 ORDINE N. 4500036092/4500036113/4500058292 CONDOTTO DALLA PROF.SSA ELIANA LAI PRESSO P.O.MICROCITEMICO

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SP_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	8 206,05	8 206,05	0,00	D20	20,00
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>				8 206,05			
				<b>TOTALE ENPAV</b>		0,00	
				<b>SPESE BOLLO</b>			
				0,00			
<b>IMPONIBILE</b>		<b>IMPOSTA</b>		<b>COD. IVA</b>		<b>ALIQ. IVA</b>	
8 206,05		1 641,21		D20		20,0%	
				<b>DESCRIZIONE</b>			
				Iva detraibile al 20%			
				<b>TOTALE IMPONIBILE</b>			
				8 206,05			
				<b>TOTALE IMPOSTA</b>			
				1.641,21			
				<b>TOTALE EDIAG</b>			
				9 847,26			

DE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 ( Selargius ) - SERVIZIO BILANCIO -  
 Tel. 0706093841 - Fax 0706093895 E - mail. bilancio.clienti@asl8cagliari.it  
 CCP N° 21780093  
 IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

Azienda Sanitaria Locale n° 8 - Cagliari  
 Via Piero Della Francesca, 1  
 Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047  
 P.IVA 02261430926



http://www.aslcagliari.it  
 Email:  
 Tel: (+39)  
 Fax:

45/10

**FATTURA**

A8\_V40 - 2011 - 1667/42

del : 16/06/2011

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

**CLIENTE**

Spett.le  
 ( 12737 ) NOVARTIS FARMA SPA  
 LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1  
 21040 - ORIGGIO  
 VA  
 P.IVA : 02385200122  
 P.IVA C. : IT02385200122  
 C.FIS. : 07195130153

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CICL670A2409 ORDINE N. 4500014046 CONDOTTO DALLA PROF.SSA ELIANA LAI PRESSO P.O. MICROCITEMICO

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Empar 0.0%	Cod. Iva	% Iva	
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	762,50	762,50	0,00	D20	20,00	
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>			762,50					
				<b>TOTALE ENPAV</b>	0,00			
						<b>SPESA BOLLO</b>	0,00	
<b>IMPONIBILE</b>	762,50	<b>IMPOSTA</b>	152,50	<b>COD. IVA</b>	D20	<b>ALIQUTA</b>	20,0%	
							<b>DESCRIZIONE</b>	Iva detraibile al 20%
<b>TOTALE IMPONIBILE</b>							762,50	
<b>TOTALE IMPOSTA</b>							152,50	
<b>TOTALE EURO</b>							915,00	

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 ( Selargius ) - SERVIZIO BILANCIO -  
 Tel. 0706093841 - 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.  
*Giovanna Rossi*

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE  
 N. 214 DEL 20 FEB 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo  
 Strategico, Qualità e Risk Management  
 Dott.ssa Giovanna Rossi

*Giovanna Rossi*

20  
20