

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: BI 1218.74

Sperimentatore: DR. CARBONI Luciano
 Struttura/U.O.C.: SERVIZIO DIABETOLOGIA - P.O. S. GIUSEPPE

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n°: <u>A8-V40-2014-196/42</u> del <u>21/2/2014</u>	Tranche di pagamento (barrare) <u>3^a</u>	fine studio (barrare) <u>2017</u>
N° Pazienti arruolati <u>8</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>/</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>OK</u>

Il sottoscritto DR. CARBONI Luciano, 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 debitato 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:

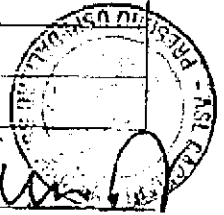
Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
<u>LUCIANO CARBONI</u>	<u>47784</u>	<u>DMRG medico</u>	<u>4</u>	<u>40</u>
<u>TIJANA TUDADU</u>	<u>952</u>	<u>DMRG medico</u>	<u>4</u>	<u>40</u>
<u>MIRELLA FLORIS</u>	<u>48740</u>	<u>INFERMIERA</u>	<u>2</u>	<u>20</u>

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O. [Signature]

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

[Signature]
 P.O. SS. Tanta
 DIVISIONE GENERALE
 DIATTORNO
 Matr. 47605



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

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 DPR 17/02/1992; 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 Nomenclatore Tariffario Regionale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 27/2/2014

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O. [Signature]

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

[Signature]
DIVISIONE CHIRURGIA
Dr. [Signature]
Mater. 47800

6/14

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 196/42

del : 24/02/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11960) BOEHRINGER INGELHEIM ITALIA SPA

VIA LORENZINI, 8

20139 - MILANO

MI

P.IVA : 00421210485

P.IVA C.: IT00421210485

C.FIS. : 00421210485

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : v. pref. 74-2014

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 74

del : 29/01/2014

Luciano Carboni - Studio BI 1218.74 CAROLINA EudraCT 2009-013157-15 U.O. Diabetologia P.O. S.S. Trinità

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta di fatturazione del 13/01/2014	1,00	4 250,00	4 250,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

4 250,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

4 250,00

935,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

4 250,00

TOTALE IMPOSTA

935,00

TOTALE EURO

5 185,00

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

335
10 MAR. 2014

Il presente allegato

costa n° 03 fogli.

di n° 03 pagine.



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. _____ DEL _____

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

Dott.ssa Giovanna Rossi