

Allegato "A"

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Data 08-10-2013

419

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

- 2 APR. 2014

TITOLO dello studio: CINQUE AZIONI

Sperimentatore:

Dr EMANUELE ANGELUCCI

Struttura/U.O.C.:

EMATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

Dr EMANUELE ANGELUCCI

Fattura n° : 18-V40-2013-2243/42 del 13/08/2013	Tranche di pagamento (barrare) /	fine studio (barrare) /
N° Pazienti arruolati nello studio 3	Sperim in Regime di ricovero (barrare) /	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) /
N° Pazienti di cui alla presente fattura 3		

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:

- ◇ 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
- ◇ 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 INTERAMENTE				
NEL FONDO EMATOLOGIA BUSINESS				

Firma dello sperimentatore

il Dirigente Medico del P.O.

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

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

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2243/42

del : 13/09/2013

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 : STUDIO CINC424A2401 - DR ANGELUCCI

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	ENPAV 0,0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	3 850,00	3 850,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

3 850,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

3 850,00

808,50

D21

21.0%

Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE

3 850,00

TOTALE IMPOSTA

808,50

TOTALE EURO

4 658,50

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

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



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 419 DEL - 2 APR. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

