

Allegato "A"

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

420

Data 21.4.13

2 APR. 2014

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio:

CU 11 BO 24004

Sperimentatore:

ANGELUCCI R.

Struttura/U.O.C.:

EMATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

ANGELUCCI R.

Fattura n° : <u>956</u> del <u>10/04/13</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>3</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto _____, 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 prestatato 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
<i>[Handwritten signature across the table]</i>				

Firma dello sperimentatore _____

il Dirigente Medico del P.O.

[Signature]
AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE SANITARIO
Dott.ssa M. TERESA ADDIS

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

AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI
Ospedale Oncologico "A. BUSINCO"
U.O. di EMATOLOGIA e CTMO
Direttore: Dr. EMANUELE ANGELUCCI

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

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 956/42

del : 10/04/2013

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 : STUDIO CLL11-BO21004 CONDOTTO DAL DE. EMANUELE ANGELUCCI PRESSO P.O. BUSINCO

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0,0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	14 700,00	14 700,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

14 700,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

14 700,00

3 087,00

D21

21,0%

Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE

14 700,00

TOTALE IMPOSTA

3.087,00

TOTALE EURO

17 787,00

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



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 420 DEL - 2 APR. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

