

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: CPKCH12A 2301

Sperimentatore:

Dr EMANUELE ANGE LUCCI

Struttura/U.O.C.:

EMATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

Dr EMANUELE ANGE LUCCI

Fattura n°: <u>A8-VUO-2013-1878/42</u> del <u>30-08-2013</u>	Tranche di pagamento (barrare) <u>/</u>	fine studio (barrare) <u>/</u>
N° Pazienti arruolati nello studio <u>2</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>/</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>/</u>
N° Pazienti di cui alla presente fattura <u>2</u>		

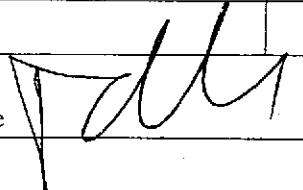
Il sottoscritto _____, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, **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

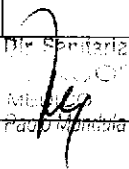
Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto **fuori dall'orario di servizio** e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestatato dal personale coinvolto nella sperimentazione, affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore Generale n. 7794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
<u>QUOTA DA VERSARE INTERAMENTE</u>				
<u>NEL FONDO EMATOLOGIA / BUSINCO</u>				

Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria
FRANCESCO...
DIRIGENTE MEDICO
Matr. 49308 - Dott. Paolo...


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 - 1978/42

del : 30/08/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(12737) NOVARTIS FARMA S.P.A.

LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1

21040 - ORIGGIO

VA

P.IVA : 02385200122

P.IVA C. : IT02385200122

C.FIS. : 07195130153

65/13

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio CPKC412A2301 - Sperm. Dr Angelucci - Ematologia Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	4 900,00	4 900,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
4 900,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQ. IVA	DESCRIZIONE
4 900,00	1 029,00	D21	21,0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	4 900,00
TOTALE IMPOSTA	1 029,00
TOTALE EURO	5 929,00

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. 415 DEL 20 MAR 2014

Il 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° 03 fogli

di n° 03 pagine.

8