

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: CAFN 107EJC 01

Sperimentatore:

Dr EMANUELE ANGELUCCI

Struttura/U.O.C.:

EMATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

Dr EMANUELE ANGELUCCI

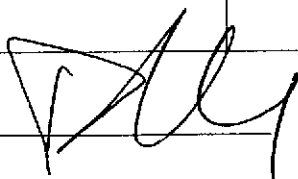
A8-U40-2013-2244/42 Fattura n° : _____ del <u>13-08-2013</u>	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti arruolati nello studio <u>4</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti di cui alla presente fattura <u>4</u>		

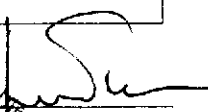
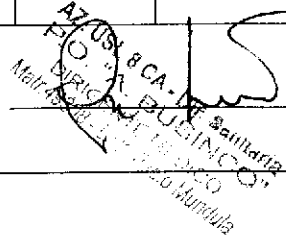
Il sottoscritto _____, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, **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 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
<u>QUOTA DA VERSARE INTERAMENTE</u>				
<u>NEL FONDO EMATOLOGIA IUSINCO</u>				

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

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



http://www.aslcagliari.it

Email :
Tel : (+39)

48/23

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2244/42

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 CAMN107EIC01 - DR ANGELUCCI

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 600,00	2 600,00	0,00	D21	21,00
TOTALE PRESTAZIONI			2 600,00	0,00	SPESE BOLLO		
					0,00		
IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE			
2 600,00	546,00	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%			
TOTALE IMPONIBILE					2 600,00		
TOTALE IMPOSTA					546,00		
TOTALE EURO					3 146,00		

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

507.

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.

29

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 416 DEL 28 MAR. 2014

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

Giovanna Rossi