

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: Plas. Bl. 205.452

Sperimentatore:

DR. E. GUA

Struttura/U.O.C.:

2° U.O. PNEUMOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n° <u>18140202</u> <u>2755/42</u> del <u>10/10/2012</u>	Tanche di pagamento (barrare) <u>X</u>	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>3</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>X</u>

Il sottoscritto ENRICO GUA, in qualità di Sperimentatore dello studio clinico 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
<u>ENRICO GUA</u>	<u>17760</u>	<u>DIR. MEDICO - RESP. U.O.</u>	<u>3</u>	<u>50%</u>
<u>STEFANO SALIS</u>	<u>45281</u>	<u>DIR. MEDICO</u>	<u>6</u>	<u>50%</u>

Firma dello sperimentatore

Enrico Gua

il Direttore Sanitario

Enrico Gua

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

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio:

BL 205.452 della Ditta BOEHRINGER

Sperimentatore: ENRICO GUA MARASHI

Struttura/U.O.C.: 2° U.O. PNEUMOLOGIA

Responsabile della U.O.C.: DR. ENRICO GUA

Fattura n°: <u>866/42</u> del <u>30/3/2012</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>2</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 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>ENRICO GUA</u>	<u>17760</u>	<u>DIR. MEDICO RES. U.O.</u>		<u>50%</u>
<u>STEFANO SALIS</u>	<u>45281</u>	<u>DIRIG. MEDICO</u>		<u>50%</u>

Firma dello sperimentatore Amio Giuseppe Meran il Direttore Sanitario Paolo Dama

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
 P.IVA 02261430926



http://www.aslcagliari.it

Email :
 Tel.: (+39)
 Fax :

S.A

FATTURA

A8_V40 - 2012 - 866/42

del : 30/03/2012

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

R. 31/2012

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CLINICO PROT. BL N. 205.452 CONDOTTO DAL DR. GIUA MARASSI ENRICO PRESSO P.O. BINAGHI

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzi	Importo	Enpav 0,00%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	3 100,00	3 100,00	0,00	D21	21,00
TOTALE PRESTAZIONI				3 100,00			
					0,00		
							0,00
IMPONIBILE				3 100,00			
	IMPOSTA			651,00			
	COD. IVA			D21			
	ALiquota			21,00%			
	DESCRIZIONE						Iva detraibile al 21%
TOTALE IMPONIBILE				3 100,00			
TOTALE IMPOSTA				651,00			
TOTALE EURO				3 751,00			

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 006070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

D. M. Ledda
Flavio

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



http://www.aslcagliari.it

Email:

Tel: (+39)

Fax:

58/12

FATTURA

A8_V40 - 2012 - 2755/42

del: 10/10/2012

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: STUDIO CLINICO PROT. BL N. 205.452 CONDOTTO DAL DR. GIUA PRESSO L'U.O. 2° PNEUMOLOGIA P.O. BINAGHI

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Impav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 400,00	2 400,00	0,00	D21	21,00
TOTALE PRESTAZIONI							
		2 400,00		0,00			
TOTALE ENPAV							
					0,00		
IMPONIBILE							
		2 400,00					
	IMPOSTA						
			504,00				
	COD. IVA					D21	
	ALIQUOTA						21.0%
	DESCRIZIONE						Iva detraibile al 21%
TOTALE IMPONIBILE							2 400,00
TOTALE IMPOSTA							504,00
TOTALE EURO							2 904,00

SEDE LEGALE: VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
0706093841 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it
CP N° 21780093
IBAN IT 29 G 01015 04800 0000701188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

Il presente allegato è com-
posto da n° 04 fogli
di n° 04 pagine

CR

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 461 DEL 9 APR. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi