

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: H7C 112352 di H3 INNOFARMIA

Sperimentatore: ENRICO GIUA
 Struttura/U.O.C.: 2° U.O. PNEUMOLOGIA
 Responsabile della U.O.C.: ENRICO GIUA

Fattura n°: <u>3187</u> del _____	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>3</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>no</u>	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
ENRICO GIUA	17760	DIR. MEDICO RES. U.O.		10
STEFANO SOLU	45281	DIRIG. MEDIC.		25
GABRIELA MANCA	52419	DIRIGENTE MEDIC.		40
CRISTINA MELUS	23920	INFERMIERA PROF.		25

Firma dello sperimentatore Enrico Giua il Direttore Sanitario Enrico Giua

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 - 2012 - 3187/42

del : 16/11/2012

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(747877) INNOPHARMA S.R.L.

VIA LAVORATORI AUTOBIANCHI, 1

20832 - DESIO

MB

P.IVA : 02371640133

P.IVA C. : IT02371640133

C.FIS. : 02467850968

R. 19/2012

R. 36/2012

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : PROT. N. 34654 DEL 03/04/12 - N. 41903 DEL 26/04/12 - STUDIO HZC112352 CONDOTTO DAL DR. ENRICO GIUA MARASSI PRESSO P.O. BINAGHI

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	EURO 20%	Cod. Iva	% Iva
1	SPERIMENTAZIONI	1,00	15 750,00	15 750,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESA BOLLO
15 750,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALICUOTA	DESCRIZIONE
15 750,00	3 307,50	D21	21,0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	15 750,00
TOTALE IMPOSTA	3,307,50
TOTALE EURO	19 057,50

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
 Tel. 0706093841 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@aslcagliari.it
 CCP N° 21780093
 IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N° 462 DEL 9 APR. 2014

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° 02 fogli
 di n° 02 pagine

fr

C.A. Dr. Sedhe

pag. 2