

Allegato "A"

465

9 APR 2013 Data 04/11/13

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: CICL670A2123

"PHASE I STUDY TO EXAMINE THE EFFECT OF DEFERASIROX ON RENAL HEMODYNAMICS IN B-THALASSEMIA PATIENTS WITH TRANSFUSIONAL IRON OVERLOAD

Sperimentatore: PROF.SSA M. ELIANA LAI

Struttura/U.O.C.: DH EMATOLOGIA ADULTI

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n°: <u>A9_V40-2013</u> <u>164/42</u> del <u>30.04.13</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>3</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>2</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>1</u>

Il sottoscritto M. ELIANA LAI, 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
PROF.SSA M. ELIANA LAI	2837	RESPONSABILE	4	750 EURO 27,41%
DOSSA STEFANIA VACQUER	49579	DIR. MEDICO	3	580 EURO 21,2%
DOSSA H. PAOLA CARIA	46234	DIR MEDICO	3	580 EURO 21,2%
Sig.ra PANI PATRIZIA	48193	COORDINATRICE I.	2	150 EURO 5,48%
Sig.ra GHIANI ANNA	46520	I. PROFESSIONISTA	3	150 EURO 5,48%
Sig.ra MALLUS SABRINA	49266	I. PROFESSIONISTA	3	150 EURO 5,48%
Sig.ra SULIS SANDRA	52622	I. PROFESSIONISTA	3	150 EURO 5,48%
Sig.ra MANCA FRANCESCA	52707	I. PROFESSIONISTA	3	150 EURO 5,48%
Sig. MARONGIU GIAMPAOLO	47652	OSS	2	75,484E 2,79%

Firma dello sperimentatore: M. Eliana Lai

il Dirigente Medico del P.O. Dr. Gabriella Nardi
DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITEMICO
Dr. M. Gabriella Nardi

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 :

R. 31 / 2013
+
32

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 1164/42

del : 30/04/2013

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

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : (PROT. NN. 43169/43170 DEL 09/04/20139) STUDIO CICL670A2123 CONDOTTO DALLA PROF.SSA ELIANA LAI PRESSO P.O. MICROCITEMICO - NN. ORD. NOVARTIS 3000422398/3000225316

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0,00%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	4 421,31	4 421,31	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
4 421,31	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
4 421,31	928,48	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	4 421,31
TOTALE IMPOSTA	928,48
TOTALE EURO	5 349,79

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

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 465 DEL 9 APR. 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

GR