All'U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: TOP STUDY

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Struttura/ U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla – P.O. Binaghi

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Fattura n° 576/42 del 17/06/2015	■Tranche di pagamento	■Fine studio
N° pazienti arruolati 54	Sperimentazione in regime di	■Sperimentazione in regime
	ricovero	ambulatoriale

La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, 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:
  - o 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)
  - o 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 affinchè 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 cos come di seguito riepilogato:

Nome e Cognome	N° matricola	Qualifica	N°ore	% ripartizione importo
Marrosu Maria Giovanna	3407	Professore Universitario	10	40%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	30%
F.do Csm Binaghi				30%

Firma dello Sperimentatore Myrous u	Il Dirigente Medico del P.O.
Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimer	ntatore)/

Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

(Ai sensi dell'Art.10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal tariffario DPR 17/02/1992; mentre per i pazienti ambulatoriali tutte le visite, gli esami di laboratorio e strumentali previsti dal protocollo devono essere rimborsati con le stesse modalità. Gli esami strumentali e di laboratorio sono effettuati secondo quanto disposto dal regolamento aziendale per la libera professione).

Indagine/prestazione	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	Tariffa totale

Data			AM	\
Firma dello sperimentatore	16/12occom	II Dirigente Medico del P.O.Ş	HIVV	_
Firma del responsabile U.O.C. (se	e diverso dallo sperimenta	store)		

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

Fmail:

Tel: (+39)

12/15

## **FATTURA**

A8 V40 - 2015 - 576/42

del: 17/06/2015

Ufficio Emittente: UDA8-Servizio Bilancio -

registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(754011) ERGOMED VIRTUOSO SARL

18 AVENUE LOUIS CASAI - 1209 GINEVRA

SVIZZERA

P.IVA C.: CHE114848874

Tipo di riscossione:

A8\_BS - ASL\_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015

04800 000070188775

Descrizione:

VEDI PRE-FATTURA N°165/2015

del: 20/05/2015

Marrosu Maria Giovanna - Studio IMA 06 02 TOP TYSABRI - Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

Codice	Descripione	(ទាំព្រះមើល	Prezzo	lingorio Eng	16842 i) (11 <sup>1</sup> /6] - (2	odkima	96 IV
n34	SPERIMENTAZIONI	1,00	5 738,00	5 738,00	0,00	FC6	0,00
		GTALE PRESTAZIONI			,		
E-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-		5 738,00	TOTALE	<b>ENPAV</b>		SPESE!	2,00
	IMPONIBILE		DD. IVA "TALIC			DESCR	
	2,00	0,00	FC	0.0%		DESCRIZIO: Fuori campo I	
	5 738,00	0,00	FC6	FC6 0.0%		Fuori Campo Iva art. 7 lett.	
			TOTALE	MRONBILE	<del> </del>	5	738,00
			TOTALE IMPOSTA				0.00
			TOTALE BOELO				2,00
			TOTALE	URO		5	740,00

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E DA CONSIDERARSI 30GGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI

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 DELIBERAZIONE

**2 3** LUG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Paris

IL COMMISȘÁRIO STRAORDINARIO Døft.ssa <u>Savina Ortu</u>

Il presente allegato è composto da nº 03 fogli di n° pagine.