939
23 LUG. 2015

Data 04/09/2014

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: CAMMS03409

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° 965 del 06/06/2014	■Tranche di pagamento	■Fine studio
N° pazienti arruolati 6	■Sperimentazione in regime di ricovero	■Sperimentazione in regime 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:
  - ○ 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)
  - ☒ 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	30%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	20%
Fenu Pierpaola	15380	Infermiera Professionale	10	10%
Perra Maria Cristina	45563	Infermiera Professionale	10	10%
F.DO CSM BINAGHI				30%

Firma dello Sperimentatore _____ Il Dirigente Medico del P.O. _____

Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) _____

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

Firma dello sperimentatore _____ Il Dirigente Medico del P.O. _____

Firma del responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) _____

45/14

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

ASLCagliari

http:\\www.aslcagliari.it
Email :
Tel : (+39)

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 965/42
del : 06/06/2014
Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12357) SANOFI-AVENTIS S.P.A.
VIA LUIGI BODIO , 37/B
20158 - MILANO
MI
P.IVA : 00832400154
P.IVA C.: IT00832400154
C.FIS. : 00832400154

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : VEDI PREFATTURA N°221/2014

PREFATTURA *A8_PF1 - 2014 - 221* *del : 11/03/2014*
Marrosu Maria Giovanna - Studio CAMMS03409 EudraCT 2009-010788-18 - Centro Sclerosi Multipla - P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 19/02/2014 N° d'ordine 4700172119	1,00	18 111,00	18 111,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
18 111,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
18 111,00	3 984,42	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	
TOTALE IMPOSTA	3,984.42
TOTALE EURO	22 095,42

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1- Prot. n. 56522 del 25/07/2013
- valida 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
N. 939 DEL 23 LUG. 2015
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras
IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Fadda
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto da n° 03 fogli di n° 03 pagine.

3/3