ALLEGATO A

940
23 LUG. 2015

Data: 13/07/2015

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano
09047 Selargius (CA)

Oggetto: RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI
X TRANCHE ☐ **FINALE**

TITOLO dello studio: CHOICE

Codice Studio: EMR200136-562
Sperimentatore: Prof.ssa Eleonora Cocco
Struttura/U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla
Responsabile della U.O.C./ Struttura : Prof.ssa M.G. Marrosu

Fattura n° 622/42 del 07/07/2015	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)**
N° Pazienti arruolati 10	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)**

Il sottoscritto Prof.ssa Eleonora Cocco 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
F.DO CSM BINAGHI			20	100%

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

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

ALLEGATO n.1

[1] N.B: **Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione**

Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:
Ai sensi dell'Art. 10 dello Statuto del Comitato Etico Indipendente A.O.U. di Cagliari, 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 DPR del 17/02/92 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 DPR del 17/02/92	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 13/07/2015

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

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

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 - 2015 - 622/42

del : 07/07/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16499) GB PHARMA SERVICE & CONSULTING S.R.L.
VIA CESARE FERRERI, 11
27100 - PAVIA
PV
P.IVA : 01900980184
P.IVA C.: IT01900980184

Tipo di riscossione : A8_BI - ASL_CA CONTABILITA' SPECIALE BANKIT IBAN: IT 46 X 01000 03245 520300306203

Descrizione : SALDO PREF. NN. 350, 353/2015

PREFATTURA *A8_PF1 - 2015 - 350* *del : 26/06/2015*
Cocco Eleonora - Studio EMR200136-562 - CHOICE - Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI Vs Rif. Richiesta Emissione Fattura del 29/05/2015 - Visite fino a dicembre 2014 N. 8 Pazienti	1,00	3 450,00	3 450,00	0,00	D22	22,00

PREFATTURA *A8_PF1 - 2015 - 353* *del : 26/06/2015*
Cocco Eleonora - Studio EMR200136-562 - CHOICE - Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI Vs Rif. Richiesta Emissione Fattura del 29/05/2015 - Prima Tranche - Supporto e coord della Ricerca presso i centri satellite da parte dello Sperim Resp, nonché partecipazione, organizzazione e supporto scientifico agli Investi	1,00	5 000,00	5 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
8 450,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
8 450,00	1 859,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	8 450,00
TOTALE IMPOSTA	1,859.00
TOTALE EURO	10 309,00

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI STABILITA' 2015).

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1- Prot. n. 56322 del 25/07/2013

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 840 DEL 23 LUG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras*
IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savina Ortu*

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