

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

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Informazioni generali studio			
Cod. archivio	13-002	Tipologia studio	FASE III
Cod. studio	CAMN107AIC05	cod. eudract	2012-005124-15
Titolo studio	STUDIO DI FASE III, PROSPETTICO, RANDOMIZZATO, IN APERTO, CON DUE GRUPPI DI TRATTAMENTO PER VALUTARE IL TASSO DI REMISSIONE LIBERA DA TRATTAMENTO IN PAZIENTI CON LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA, PHILADELPHIA POSITIVA, DOPO DUE PERIODI DI TRATTAMENTO DI CONSOLID		
PI	EMILIO USALA	ID FATTURA	ES29

Responsabile della U.O.C: EMANUELE ANGELOCCI

Fattura n° : (A8-PF1-2015-35) A8_V40-2015-440/44 del 05/05/2015	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto DR EMILIO USALA, 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 ciclici 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)¹

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 prestatato 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
QUOTA DA VERSARE INTEGRALMENTE NEL FONDO F.DO EMATOLOGIA B				

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 aziendale 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 Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 14/5/17

Firma dello sperimentatore

E. N. Bel

il Dirigente Medico del
P.O. AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE MEDICO
Matr. 49308 - Dott. Paolo Mundula

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

FATTURA

CLIENTE

A8_V40 - 2015 - 440/42

Spett.le

del : 08/05/2015

(16231) OPIS S.R.L.

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

VIA G. MATTEOTTI, 10
20033 - DESIO

P.IVA : 12605350151
P.IVA C.: IT12605350151
C.FIS. : 12605350151

Tipo di riscossione : A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015
04800 000070188775

Descrizione : PREF. 35/2015 -

PREFATTURA A8_PF1 - 2015 - 35 del : 29/01/2015

Usala Emilio - Studio CAMN107AIC05 - EudraCT 2012-005124-15 - U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs Rif. Richiesta emissione fattura visite maturate al 29/01/2015	1,00	4 378,00	4 378,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
4 378,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
4 378,00	963,16	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	4 378,00
TOTALE IMPOSTA	963,16
TOTALE EURO	5 341,16

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 I- 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

N. 993 DEL 05 AGO. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreiras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è com-
posto da n° 03 fogli
di n° 03 pagine.

3/3