

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	12-022	Tipologia studio	FASE III B
Cod. studio	MO28107	cod. eudract	2012-000669-19
Titolo studio	STUDIO COMPARATIVO, RANDOMIZZATO, A GRUPPI PARALLELI, MULTICENTRICO, DI FASE III B VOLTO AD ANALIZZARE L'EFFICACIA DI RITUXIMAB IN FORMULAZIONE SOTTOCUTANEA (SC) RISPETTO A RITUXIMAB IN FORMULAZIONE ENDOVENOSA (EV) ENTRAMBI IN ASSOCIAZIONE CON CHOP (R-CHOP)		
PI	MARIA GIUSEPPINA CABRAS	ID FATTURA	ES26

Responsabile della U.O.C: EMANUELE ANGELUCCI

Fattura n° : (A8-PF1-2015-78) A8_yhd-2015-435/42 del 07/05/2015	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto M.G. CABRAS, 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)¹

O effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

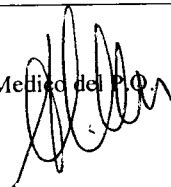
Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto fuori dall'orario di servizio e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione, affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore 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
QUOTA DA VERSARE INTEGRALMENTE NEL FONDO F.DO EMATOLOGIA B				

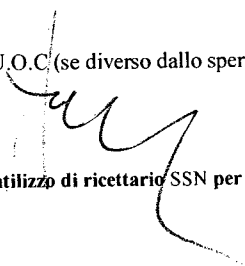
Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.



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



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, 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 14/5/2015

Firma dello sperimentatore



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

A8_V40 - 2015 - 435/42

del : 07/05/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11942) ROCHE SPA

PIAZZA FRANCESCO DURANTE, 11

20131 - MILANO

MI

P.IVA : 00747170157

P.IVA C. : IT00747170157

C.FIS. : 00747170157

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

Descrizione : PREF. 78/2015

PREFATTURA A8_PF1 - 2015 - 78

del : 19/03/2015

Cabras Maria Giuseppina - Studio MO28107 - EudraCT 2012-000669-19 - U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Studio MO28107-Dott.ssa Cabras-ordine nr. EC10119039-G- Attività svolte nell'anno 2014	1,00	2 600,00	2 600,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

2 600,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

2 600,00

572,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

2 600,00

TOTALE IMPOSTA

572,00

TOTALE EURO

3 172,00

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 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. 1010 DEL 05 AGO. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreris IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Rani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Salinga Ortu

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



3/3