389
- 8 APR. 2015

ALLEGATO "A"

n. fattura	data fattura
22	12.03.2015
23	12.03.2015
24	12.03.2015
25	12.03.2015
26	12.03.2015
27	12.03.2015
28	12.03.2015

Il presente allegato è composto di n° 15 fogli di n° 15 pagine.

IL RESPONSABILE DEI SERVIZI GENERALI ALBERGHIERI E LOGISTICA
Ing. Raffaele Peralta

1306932

9657

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 28 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAI VARI REPARTI DEL P.O. SS TRINITA' PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO MARZO 2015 CIG N° Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0025103 del 03/03/2015 per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto ,per il trasporti dei pazienti dai vari reparti del P.O. SS Trinità di Cagliari , verso altri reparti dello stesso P.O. per consulenze dalle ore 09,00 del giorno 03/03/2015 sino alle ore 15,30 del giorno 03/03/2015 per un totale di:

n°6 ore 30 minuti all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 182,00

AZIENDA - U.S.L. n° 8
CAGLIARI
13 MAR. 2015
ENTRATA
SERVIZIO BILANCIO

TOT € 182,00

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 18 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

2

Spett. le Associazione

NUOVA SARDEGNA SOCCORSO

Cagliari

ASL8
PG/2015/ 0025103 del 03/03/2015 ore 10,18
Mittente OSPEDALE SS TRINITA
Destinatari NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Classifica 2 Fascicolo 46 del 2015

Oggetto: richiesta trasporto pazienti.

Si richiede la disponibilità di un'ambulanza per il giorno 3/3/2015 dalle ore ~~10~~ 9,00 alle ore 15,30

Il servizio si rende necessario per il trasporto del paziente di questo Presidio Ospedaliero TRASPORTI INTERNI

Il Dirigente Sanitario f.f.
Dott. Alessandro Brundu

Uff Infermieristico

Asl Cagliari
Sede Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926 www.aslcagliari.it

Direzione Sanitaria
Via Is Mirrionis, 92 09121 Cagliari
Tel 070/6095768 070/283825
Fax 070/6095903
Responsabile: Dott.Alessandro Brundu

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

9660

130938

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 27 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAI VARI REPARTI DEL P.O. SS TRINITA' PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO FEBBRAIO 2015 CIG N° Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0023637 del 26/02/2015 per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto ,per il trasporti dei pazienti dal reparto di Gastroenterologia del P.O. SS Trinità di Cagliari ,verso il P.O. San Marcellino di Muravera dalle ore 14,30 del giorno 26/02/2015 sino alle ore 17,00 del giorno 26/02/2015 per un totale di:

n°2 ore 30 minuti all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 70,00

Percorsi n°120 Km al rimborso economico pari a €0,85 Km/cad. € 102,00

TOT € 172,00

importo esente da IVA ai sensi
dell' art. 10, comma 1, n. 18
del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

AZIENDA - U.S.L. n° 8
CAGLIARI
1[illegible] MAR. 2015
ENTRATA
SERVIZIO BILANCIO

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

ASLCagliari

ASL8
PG/2015/ 0023637 del 26/02/2015 ore 13,47
Mittente OSPEDALE SS TRINITA'
Destinatari NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Classifica 2 Fascicolo 48 del 2015

OSPEDALE SS. TRINITA
DIREZIONE SANITARIA

CAGLIARI_26/02/2015

Spett.le Associazione
NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
VIA MONTEVECCHIO 27 CAGLIARI

oggetto: richiesta ambulanza

Si richiede l'utilizzo di una vostra ambulanza per il trasporto dei pazienti ricoverati in questo **Presidio SS. Trinità dal reparto di Gastroenterologia all'Ospedale di Muravera** il giorno....26/02/2015.....con orario dalle ore 14,30,..... alle ore...17,00

- tipologia del mezzo : Ambulanza tipo A
- con Operatore di Supporto.....NO.....

cordiali saluti,

Il Direttore Sanitario ff.
(Dott. Alessandro Brundu)

5

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

9662

130 4938

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 26 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAI VARI REPARTI DEL P.O. SS TRINITA' PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO FEBBRAIO 2015 CIG N° Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0022347del 24/02/2015 per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto ,per il trasporti dei pazienti dai vari reparti del P.O. SS Trinità di Cagliari ,verso altri reparti dello stesso P.O. per consulenze, dalle ore 09,30 del giorno 24/02/2015 sino alle ore 15,00 del giorno 24/02/2015 per un totale di:

n°5 ore 30 minuti all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 154,00

TOT € 154,00

importo esente da IVA ai sensi
dell' art. 10, comma 1, n. 18
del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

AZIENDA - U.S.L. n° 8
CAGLIARI
1 MAR. 2015
ENTRATA
SERVIZIO BILANCIO

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

PRESIDIO OSPEDALIERO SS. TRINITA' - ASL CAGLIARI - DIREZIONE SANITARIA

ASLCagliari

Presidio Ospedaliero
Santissima Trinità

Direzione Sanitaria

ASL8
PG/2015/ 0022347 del 24/02/2015 ore 12.15
Mittente OSPEDALE SS TRINITA'
Destinatari SARDEGNA SOCCORSO ONLUS
Classifica

Spett. le Associazione
NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Cagliari

Cagliari 24/02/2015

Oggetto: richiesta trasporto pazienti.

Si richiede la disponibilità di un'ambulanza per il giorno 24/02/2015 dalle ore 9,30 alle ore 15,00

Il servizio si rende necessario per il trasporto del paziente di questo Presidio Ospedaliero SERVIZIO INTERNO

Il Dirigente Sanitario f.f.
Dott. Alessandro Brundu

Uff Infermieristico

Asl Cagliari
Sede Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926 www.aslcagliari.it

Direzione Sanitaria
Via Is Mirrionis, 92 09121 Cagliari
Tel 070/6095768 070/283825
Fax 070/6095903
Responsabile: Dott.Alessandro Brundu

www

7

130438

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

9654

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 25 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAI VARI REPARTI DEL P.O. SS TRINITA' PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO FEBBRAIO 2015 CIG N° Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0019769del 14/02/2015 per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto ,per il trasporti dei pazienti dai vari reparti del P.O. SS Trinità di Cagliari ,verso altri reparti dello stesso P.O. per consulenze, dalle ore 14,00 del giorno 14/02/2015 sino alle ore 20,00 del giorno 14/02/2015 per un totale di:

n°6 ore all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. *€ 168,00*

ASL N° 8 CAGLIARI
16 MAR. 2015
ENTRATA
SERVIZIO BILANCIO

TOT € 168,00

importo esente da IVA ai sensi
dell' art. 10, comma 1, n. 18
del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

ASL CAGLIARI - PRESIDIO OSPEDALIERO SS. TRINITA' - DIREZIONE SANITARIA

ASLCagliari

Presidio Ospedaliero
Santissima Trinità

Direzione Sanitaria

ASL8
PG/2015/ 0019769 del 17/02/2015 ore 13,55
Mittente OSPEDALE SS TRINITA
Destinatari NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Classifica

Spett. le Associazione
NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Cagliari

Cagliari 14/02/2014

Oggetto: richiesta trasporto pazienti.

Si richiede la disponibilità di un'ambulanza per il giorno 14/02/2015 dalle ore 14 alle ore 20

Il servizio si rende necessario per il trasporto del paziente di questo Presidio Ospedaliero Trasporti interni e esterni.

Il Dirigente Sanitario f.f.
Dott. Alessandro Brundu

Uff Infermieristico

Asl Cagliari
Sede Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926 www.aslcagliari.it

Direzione Sanitaria
Via Is Mirrionis, 92 09121 Cagliari
Tel 070/6095768 070/283825
Fax 070/6095903
Responsabile: Dott.Alessandro Brundu

www

9

130938

9658

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 24 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL REPARTO RIANIMAZIONE DEL P.O.SS TRINITA PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO GENNAIO 2015 CIG Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0015810 del 09/02/2015, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per il trasferimento del paziente dal Rep. Rianimazione del P.O. SS Trinità di Cagliari, verso il Rep Rianimazione P.O. Sirai di Carbonia e rientro, dalle ore 15:00 del giorno 30/01/2015 sino alle ore 18:00 del giorno 30/01/2015 per un totale di:

n°3 ore all' onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.	*€ 84,00*
Percorsi n°150 Km al rimborso economico pari a €0,85 Km/cad.	*€ 127,50*
	TOT € 211,50

A.S.L. n° 8
CAGLIARI
10 MAR. 2015
ENTRATA
UFF. BILANCIO

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 18 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

ASL CAGLIARI - OSPEDALE SS. TRINITÀ - DIREZIONE SANITARIA

10

ASLCagliari

OSPEDALE SS. TRINITA
DIREZIONE SANITARIA

ASL8
PG/2015/ 0015810 del 09/02/2015 ore 13,17
Mittente OSPEDALE SS TRINITA'
Destinatari NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Classifica 2 Fascicolo 46 del 2015

CAGLIARI_09/02/2015

Spett.le Associazione
NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
VIA MONTEVECCHIO 27 CAGLIARI

oggetto: richiesta ambulanza

Si richiede l'utilizzo di una vostra ambulanza per il trasporto dei pazienti ricoveratl in questo **Presidio SS. Trinità dal reparto di Rianimazione all'Ospedale di Carbonia** il giorno....30/01/2015.....con orario dalle ore 15,00,..... alle ore...18,00.....

- tipologia del mezzo : Ambulanza tipo A
- con Operatore di Supporto.....NO.....

cordiali saluti,

Il Direttore Sanitario ff.
(Dott. Alessandro Brundu)

11

B00938

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

9659

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 23 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAI VARI REPARTI DEL P.O. SS TRINITA' PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO GENNAIO 2015 CIG N° Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0010284 del 28/01/2015 per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto ,per il trasporti dei pazienti dai vari reparti del P.O. SS Trinità di Cagliari ,verso altri reparti dello stesso P.O. per consulenze, dalle ore 9,00 del giorno 28/01/2015 sino alle ore 14,00 del giorno 28/01/2015 per un totale di:

n°5 ore all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. *€ 140,00*

AZIENDA - U.S.L. n° 8
CAGLIARI
1[illegible] MAR. 2015
ENTRATA
SERVIZIO BILANCIO

TOT € 140,00

importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 18 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

12

Spett. le Associazione

NUOVA SARDEGNA SOCCORSO

Cagliari

Cagliari . 28/01/2015

ASL8
PG/2015/ 0010284 del 28/01/2015 ore 08,30
Mittente OSPEDALE SS TRINITA
Destinatari NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Classifica 2 Fascicolo 48 del 2015

Oggetto: richiesta trasporto pazienti.

Si richiede la disponibilità di un'ambulanza per il giorno 28/01/2015 dalle ore 9 alle ore 14

Il servizio si rende necessario per il trasporto del paziente di questo Presidio Ospedaliero Trasporti interni.

Il Dirigente Sanitario f.f.
Dott. Alessandro Brundu

Uff Infermieristico

Asl Cagliari
Sede Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926 www.aslcagliari.it

www

Direzione Sanitaria
Via Is Mirrionis, 92 09121 Cagliari
Tel 070/6095768 070/283825
Fax 070/6095903
Responsabile: Dott.Alessandro Brundu

13

NUOVA
SARDEGNA SOCCORSO Soc. Coop. Soc.

9661

1304938

Spett.le Azienda USL N. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)
P.I.02261430926
P.O. "SS. TRINITA'"

FATTURA n° 22 del 12/03/2015
SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL REPARTO RADIOLOGIA DEL P.O. SS TRINITA' PRESSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL, RELATIVO AL PERIODO GENNAIO 2015 CIG N° Z9013AB6AC

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati

Come da Vostra richiesta PG/2015/0015810 del 09/02/2015 per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto ,per il trasporti dei pazienti dal reparto radiologia del P.O. SS Trinità di Cagliari ,verso altri reparti dello stesso P.O. per consulenze, dalle ore 8,30 del giorno 16/01/2015 sino alle ore 14,00 del giorno 16/01/2015 per un totale di:

n°5 ore e 30 minuti all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad. € 154,00

TOT. € 154,00

importo esente da IVA ai sensi
dell' art. 10, comma 1, n. 18
del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

AZIENDA - U.S.L. n° 8
CAGLIARI
1 MAR. 2015
ENTRATA
SERVIZIO BILANCIO

Banca d'appoggio
BPB (UBI-BANCA)
Agenzia di Cagliari
c/c : 70696
BIC : BEPOIT21
IBAN : IT50M0542801602000000070696

14

ASLCagliari

OSPEDALE SS. TRINITA
DIREZIONE SANITARIA

ASL8
PG/2015/ 0015810 del 09/02/2015 ore 13,17
Mittente OSPEDALE SS TRINITA'
Destinatari NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
Classifica 2 Fascicolo 46 del 2015

CAGLIARI_09/02/2015

Spett.le Associazione
NUOVA SARDEGNA SOCCORSO
VIA MONTEVECCHIO 27 CAGLIARI

oggetto: richiesta ambulanza

Si richiede l'utilizzo di una vostra ambulanza per il trasporto dei pazienti ricoveratl in questo **Presidio SS. Trinità** per i trasporti della radiologia il giorno....16/01/2015.....con orario dalle ore 8,30,..... alle ore...14,00.....

- tipologia del mezzo : Ambulanza tipo A
- con Operatore di Supporto.....NO.....

cordiali saluti,

Il Direttore Sanitario ff.
(Dott. Alessandro Brunau)