

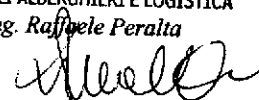
410
- 8 APR. 2015

ALLEGATO "A"

n. fattura	data fattura	importo netto
02	31.01.2015	€ 413,46

Il presente allegato è com-
posto di n° 6 fogli
di n° 6 pagine.

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



13977

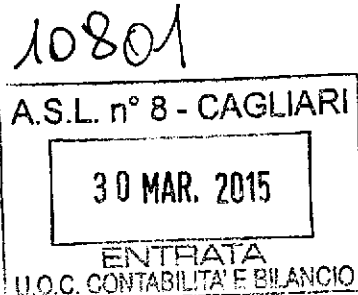
CAGLIARI EMERGENZA onlus

Sede legale : Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127

Sede operativa : Via Colomba Antonietti, 25 CAGLIARI 09134

Tel. 3285911433 - 3929237133

Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927



Spett. Azienda USL N. 8

Via Piero della Francesca °1

09047 Selargius

Cod. Fisc 02261430926

Casa Circondariale E. Scaldas

Fattura /Ricevuta n° 02 del 31/01/2015

Cagliari 31/01/2015

SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DALLA CASA CIRCONDARIALE - E. SCALAS; VERSO STRUTTURE DELLA ASL., RELATIVO AL MESE DI GENNAIO 2015

CIG : Z8D13C6931"

Elenco dei servizi richiesti e relativi calcoli dei rimborsi economici concordati:

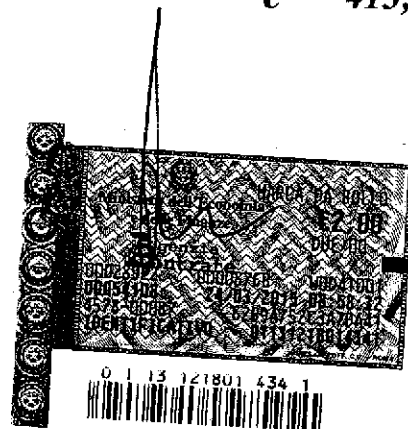
09/01/2015 ore 08,00 / 11,30	Servizio di trasferimento con ambulanza, del detenuto T.B.; dalla Casa Circondariale E. Scaldas in località Uta (CA), verso il reparto di nefrologia del P.O. SS. Trinità in Cagliari e rientro. Oneri di rimborso economico per servizio di andata e rientro. Effettuati complessivamente n.90 minuti di sosta per attesa, pari a € 25,82/ora Percorsi n. 80 chilometri totali al rimborso economico pari a € 0,85 km/cad	€ 100,00 € 38,73 € 68,00
12/01/2015 ore 11,00 / 14,00	Servizio di trasferimento con ambulanza, del detenuto T.B.; dalla Casa Circondariale E. Scaldas in località Uta (CA), verso il reparto di Endoscopia del P.O. AoB in Cagliari e rientro. Oneri di rimborso economico per servizio di andata e rientro. Effettuati complessivamente n.90 minuti di sosta per attesa, pari a € 25,82/ora Percorsi n. 80 chilometri totali al rimborso economico pari a € 0,85 km/cad	€ 100,00 € 38,73 € 68,00

TOTALE

€ 413,46

Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività convenzionate e/o connesse per l'auto sostenimento dell'Associazione importo esente da IVA ai sensi dell' art. 10, comma 1, n. 15 del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

**Coordinate bancarie: Banco di Sardegna S.p.a.
Ag. n°5 Piazza Serrau Pirri
C.C. 0153/ 70061948 ABI 01015 - CAB 04808
IBAN:IT75R0101504808000070061948**





ASL Cagliari

Copia
Personale -
Ambulante

Presidio per la tutela della Salute in
carcere della Casa Circondariale di
Cagliari

ALLA CORTESE ATTENZIONE SOC. SOCC. CAGLIARI EMERGENZA

Come da voi richiesta fornisco documentazione sanitaria
inerente il trasporto del Paz. ██████████ trasferito con il mezzo
di soccorso di base c/o il reparto di Endoscopia dell'ospedale Brotzu
di Cagliari per motivi di visita specialistica.

Cagliari 08/01/2015

Il Medico
DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE
CENTRO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
CAGLIARI

Az. Ospedaliera Brotzu-Cagliari
Dipartimento di Chirurgia
S.S.D. Endoscopia Digestiva

DIREZIONE SANITARIA

Cert. N° 7048

del _____

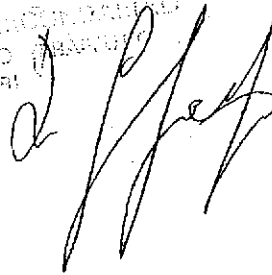
Il sottoscritto Sanitario certifica che:

Il Pz [redacted] nato ad [redacted]

affetto da " Stenosi del sigma ?.", necessita di Colonscopia con biopsia
da eseguirsi c/o il reparto di Endoscopia (Piano Terra) dell'ospedale Brotzu
di Cagliari, in data 12/01/2015 alle ore 12.00.

Nella circostanza verrà portata in visione tutta la documentazione clinica relativa.

DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE
Il Medico
CENTRO DIAGNOSTICO
CAGLIARI



12/01/2015
h 12.00


Cotina
Personale - Ambulanza

ALLA CORTESE ATTENZIONE SOC. SOCC. CAGLIARI EMERGENZA

Come da voi richiesta fornisco documentazione sanitaria inerente il trasporto del Paz. [REDACTED] trasferito con il mezzo di soccorso di base c/o il reparto di Nefrologia dell'ospedale SS. Trinità di Cagliari per motivi di visita specialistica.

Cagliari 08/01/2015

Il Medico
DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE
CENTRO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
CAGLIARI
[Signature]

 ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
SERVIZIO
NEFROLOGIA e DIALISI

P.O. SS. Trinità

Servizio Dialisi

Dr. Pittosu Isabella

Matr. 49478
[Signature]

DIREZIONE SANITARIA

Cert. N° 634
del 29 LUG. 2014

Il sottoscritto Sanitario certifica che:

Il Pz [redacted] nato il [redacted]
affetto da "Insufficienza renale cronica",
necessita di visita Nefrologica da eseguirsi c/o il
reparto di Nefrologia dell'ospedale SS. Trinità
di Cagliari, in data da concordare.

Nella circostanza verrà portata in visione
tutta la documentazione clinica relativa.

DIREZIONE CASA CIRCONDARIALE
CENTRO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
CAGLIARI
Medico

09/01/2015
no 9,30