

Data 13/05/2015

All'U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico

Qualità e Risk Management

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: CAMMS03409

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Struttura/ U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla – P.O. Binaghi

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Fattura n° 431/42 del 07/05/2015	■Tranche di pagamento	■Fine studio
N° pazienti arruolati 6	■Sperimentazione in regime di ricovero	■Sperimentazione in regime ambulatoriale

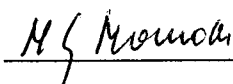
La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici 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)
  - ✗ effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

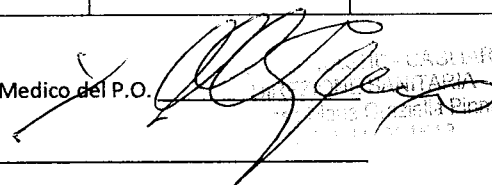
Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto fuori dall'orario di servizio e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore Generale n. 77794 del 30/12/2004 e dispone la ripartizione dell'importo così come di seguito riepilogato:

Nome e Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
Marrosu Maria Giovanna	3407	Professore Universitario	10	30%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	20%
Fenu Pierpaola	15380	Infermiera Professionale	10	10%
Perra Maria Cristina	45563	Infermiera Professionale	10	10%
Fondo per la formazione				30%

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:

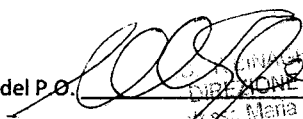
(Ai sensi dell'Art.10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal tariffario DPR 17/02/1992; 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 nomenclatore tariffario regionale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	Tariffa totale

Data 13/05/2015

Firma dello sperimentatore M. Monda Il Dirigente Medico del P.O.

Firma del responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) \_\_\_\_\_

  
UNIVERSITA' - CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
Dott. Maria Grazia Pini  
2017 05 13 15:10

Azienda Sanitaria Locale n. 8 - Cagliari  
Via Piero Della Francesca, 1  
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047  
C.F. e P.IVA 02261430926



http://www.aslcagliari.it  
Email :  
Tel : (+39)

### FATTURA

A8\_V40 - 2015 - 431/42

del : 07/05/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

### CLIENTE

Spett.le

( 12357 ) SANOFI S.P.A. (ex SANOFI-AVENTIS S.P.A.)

VIA LUIGI BOBIO, 37/B

20158 - MILANO

MI

P.IVA : 00832400154

P.IVA C.: IT00832400154

C.FIS. : 00832400154

Tipo di riscossione : A8\_BS - ASL\_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015  
04800 000070188775

Descrizione : PREF. 77/2015

PREPAGATA A8\_Pf1 - 2015 - 77

del : 19/03/2015

Marrosu Maria Giovanna - Studio CAMMS 03409 - EudraCT 2009-010788-18 Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Tassa 0,00%	Costo IVA	% IVA
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. richiesta emissione fattura compensi maturati dal 01/12/2013 al 30/11/2014 Nr. Ordine 4700180393 e 4700187166 del 03/03/2015	1,00	7 780,00	7 780,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPA	SESE BOLLO		
7 780,00	0,00	0,00		
IMPONIBILE	IMPOSTA	MOD. IVA ALIQUOTA	DESCRIZIONE	
7 780,00	1 711,60	D22	22,0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	7 780,00
TOTALE IMPOSTA	1 711,60
TOTALE EURO	9 491,60

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCSSIONE 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. 899 DEL 15 LUG. 2015  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Sarina Ortu

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