

All'Ufficio di Struttura ASL8 Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

ID FATTURA EMAT:

Cod. archivio	11-025	Tipologia studio	FASE IIIB
Cod. studio	CINC424A2401	cod. eudract	2010-024473-39
Titolo studio	AN OPEN-LABEL, MULTICENTER, EXPANDED ACCESS STUDY OF INC424 FOR PATIENTS WITH PRIMARY MYELOFIBROSIS (PMF) OR POST POLYCYTEMIA MYELOFIBROSIS (PPV MF) OR POST ESSENTIAL THROMBOCYTEMIA MYELOFIBROSIS (PET-MF)		
PI	EMANUELE ANGEUCCI	Collaboratore	EMILIO USALA

Responsabile della U.O.C: **EMANUELE ANGEUCCI**

Fattura n° : A8_V40- 2014-1896/42 Del 12-12-2014	Tranche di pagamento (barrare) SI	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto _____, 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:

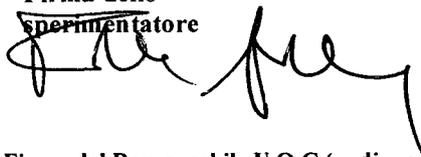
O come da elenco allegato (*allegato n.l.*), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)¹

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



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

il Dirigente Medico del

AZIENDA USL N.8 CACCIARI
P.O. 16
PROV. BA
DIRIGENTE SANITARIO
Dott.ssa M. TERESA ANDRÈ

N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

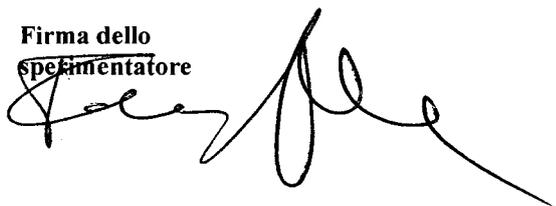
Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

(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 17/09/2015

Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del

AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE SANITARIO

Dott.ssa M. TERESA ADDIS



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

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 1896/42

del : 12/12/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16231) OPIS S.R.L.

PALAZZO ALIPRANDI - VIA G. MATTEOTTI, 10
20832 - 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 : SPERIMENTAZIONE FARMACI PREF. 571/2014

PREFATTURA

A8_PF1 - 2014 - 571

del : 08/09/2014

Angelucci Emanuele - Studio CINC424A2401 EudraCT 2010-024473-39 - U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura visite paziente maturate al 19/06/2014	1,00	2 450,00	2 450,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

2 450,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

2 450,00

539,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

2 450,00

TOTALE IMPOSTA

539,00

TOTALE EURO

2 989,00

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 1- 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. 1172 DEL 29 SET. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonella Carreras 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