

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: CC-5013-MDS-005
LENALIDOMIDE IN PL CON MDS SENZA
MONOSOMIA DEL CROMOSOMA 5

Sperimentatore: GIOVANNI CAOCCI

Struttura/U.O.C.: CTMO BINAGHI

Responsabile della U.O.C.: GIORGIO LA NASA

Fattura n°: <u>2015/204/42</u> del <u>12/03/15</u>	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>4</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto GIOVANNI CAOCCI, 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)¹
- ◊ 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
<u>GIOVANNI CAOCCI</u>	<u>7021</u>	<u>RICEVITORE UNIV IN CONVENIENZA</u>	<u>40</u>	<u>100%</u>

Firma dello sperimentatore [firma]

il Dirigente Medico del P.O. [firma]

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

AZIENDA USL N. 8 P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
Cattedra di Ematologia
Centro Trapianti Midollo Osseo
Direttore: Prof. Giorgio La Nasa


¹ 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 23/09/15

Firma dello sperimentatore 

il Dirigente Medico del P.O.

ASL n. 8 - P.O. "R. SIMONI" CAGLIARI
 DIREZIONE SANITARIA
 Dr.ssa Anna Maria ...

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


 AZIENDA USL N. 8 P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
 Cattedra di Ematologia
 Centro Trapianti Midollo Osseo
 Direttore: Prof. Giorgio La Nasa

289/14

FATTURA

A8_V40 - 2015 - 204/42

del : 12/03/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(1340882) CELGENE INTERNATIONAL S.A.R.L.

ROUTE DE PERREUX , 1
SVIZZERA - BOUDRY

P.IVA C.: CHE116336363

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

Descrizione : Vedi Prefattura n. 743/2015 - da saldare € 2,00

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 743

del : 28/11/2014

Caocci Giovanni - Studio CC-5013-MDS-005 EudraCT 2009-011513-24 U.O. Ematologia e CTMO P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
	SPERIMENTAZIONI	1,00	826,00	826,00	0,00	FC6	0,00
Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 08/10/2014 Visite Terzo trimestre 2014 (Q3-2014)							

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

826,00

0,00

2,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

2,00

0,00

FC

0.0%

Fuori campo Iva

826,00

0,00

FC6

0.0%

Fuori Campo Iva art. 7 lett.d

TOTALE IMPONIBILE

826,00

TOTALE IMPOSTA

0,00

TOTALE BOLLO

2,00

TOTALE EURO

828,00

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 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. 214 DEL 13 OTT. 2015
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras
IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto da n° 02 fogli
di n° 03 pagine