

1286  
13 DIC. 2016

## ALLEGATO "A"

n. fattura	data fattura
24	31/07/2016
26	31/07/2016
27	31/07/2016
28	31/07/2016

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*



**CAGLIARI EMERGENZA onlus**  
 Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127  
 2^ Sede operativa : Via C. Antonietti, 25 CAGLIARI 09134  
 iscrizione Reg. R.E.A. n. CA-282643  
 Tel. 3285911433 - 3929237133  
 Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927

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

**SS. TRINITA'**

Allegati alla Fattura n° 24 XML del 31/07/2016

Cagliari 30/06/2016

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. SS.TRINITA', VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL RELATIVO AL MESE DI LUGLIO 2016 CIG: Z7E1AF755F**

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

<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0070104 del 04/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dai vari reparti, verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 14,00 del 01/07/2016 sino alle ore 22,45 del 01/07/2016; per un totale di nr 08 ore e 45 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>€ 245,00</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0072766 del 08/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dai vari reparti, verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 08,00 del 07/07/2016 sino alle ore 14,00 del 07/07/2016; per un totale di nr 06 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.          Effettuati n.116 Km per trasferimento paziente presso la Casa di accoglienza in località Gonnosfanadiga, all'onere di rimborso chilometrico pari a € 0,85 Km/cad.</p>	<p>€ 168,00          € 98,60</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/73912 del 11/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dai reparti, verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 08,00 del 11/07/2016 sino alle ore 14,00 del 11/07/2016; per un totale di nr 06 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>€ 168,00</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0076263 del 15/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S., verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 14,00 del 13/07/2016 sino alle ore 22,00 del 13/07/2016; per un totale di nr 08 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>€ 224,00</p>

<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0076263 del 15/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal P.S., verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 14,00 del 14/07/2016 sino alle ore 22,00 del 14/07/2016; per un totale di nr 08 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>224,00</p>
---	---------------

01222



<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0092129 del 01/09/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento paziente dal reparto di malattie infettive, verso il P.O. San Francesco in località Nuoro, dalle ore 11,30 del 15/07/2016 sino alle ore 17,30 del 15/07/2016; per un totale di nr 07 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p> <p>Percorsi n.360 Km al costo chilometrico pari a € 0,85 km/cad</p> <p>Fornito 2° operatore pari fascia oraria, al rimborso economico di € 10,00 ora/cad</p>	<p>€ 196,00</p> <p>€ 306,00</p> <p>€ 70,00</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0081490 del 29/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dal reparto di radiologia, verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 14,00 del 20/07/2016 sino alle ore 22,00 del 20/07/2016; per un totale di nr 08 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>€ 224,00</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0081487 del 29/07/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dai vari reparti, verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 14,00 del 25/07/2016 sino alle ore 22,00 del 25/07/2016; per un totale di nr 08 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>€ 224,00</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0082233 del 01/08/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento pazienti dai vari reparti,, verso altri reparti e/o Presidi ospedalieri, dalle ore 14,00 del 28/07/2016 sino alle ore 22,00 del 28/07/2016; per un totale di nr 08 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p>	<p>€ 224,00</p>
<p>Come da Vostra richiesta prot.PG/2016/0092129 del 01/09/2016, per il servizio svolto a disposizione del Nosocomio in oggetto, per trasferimento paziente dal reparto di malattie infettive, verso il P.O. San Marcellino in località Muravera, dalle ore 12,45 del 31/07/2016 sino alle ore 15,45 del 31/07/2016; per un totale di nr 03 ore e 00 minuti, all'onere di rimborso economico convenzionato pari a € 28,00 cad.</p> <p>Percorsi n.150 Km al costo chilometrico pari a € 0,85 km/cad</p> <p>Fornito 2° operatore pari fascia oraria, al rimborso economico di € 10,00 ora/cad</p>	<p>€ 84,00</p> <p>€ 127,50</p> <p>€ 30,00</p>

## TOTALE

importo esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 15

del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni

Rimborso spese varie per servizi di attività istituzionali  
convenzionate e/o connesse per auto sostenimento dell'Associazione

Esenzione dal bollo ai sensi dell'art. 10 e dell'art. 17 del D.L.vo 4.12.1997 N. 460  
(O.N.L.U.S.)

**€ 2613,10**

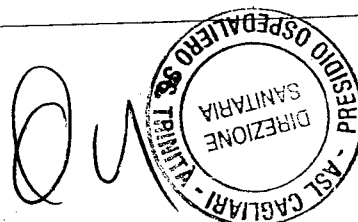
Coordinate Bancarie:

Banco di Sardegna filiale n. 11

Dipendenza 0159 "Brotzu"

Conto Corrente n. 70061948

IBAN: IT63Q0101504807000070061948



E-mail [cagliariemergenza@yahoo.it](mailto:cagliariemergenza@yahoo.it) www pagine gialle ambulanze cagliari emergenza

**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 n°1

09047 Selargius

Cod. Fisc 02261430926

**P.O. MARINO**

**Allegati alla Fattura n° 26 XML del 31/07/2016**

**Cagliari 31/07/2016**

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. MARINO VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI LUGLIO 2016 CIG:**

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

*Richiesta ambulanza come da nota Direzione Sanitaria del P.O. Marino prot. PG/2016/71430 del 05/07/2016 . Disponibilità presso il P.S. dalle ore 14,00 sino alle ore 21,00 per il giorno 07/07/2016, per il totale di n° 07 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad*

€ 196,00

*Richiesta ambulanza come da nota Direzione Sanitaria del P.O. Marino prot. PG/2016/74534 del 12/07/2016 . Disponibilità presso il P.S. dalle ore 14,00 sino alle ore 21,00 per il giorno 12/07/2016, per il totale di n° 07 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad*

€ 196,00

**TOTALE**

€ 392,00

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o connesse per l'autosostenimento dell'Associazione*

*importo esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 15*

*del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

*Esenzione dal bollo ai sensi dell'art. 10 e dell'art. 17 del D.L.vo 4.12.1997 N. 460 (O.N.L.U.S.).*

**Coordinate bancarie:**

**Banco di Sardegna filiale n.11**

**Dipendenza 0159 "Brotzu"**

**Conto Corrente n. 70061948**

**IBAN: IT63Q0101504807000070061948**

*protezioni regolamentari*  
*eseguita*  
**ASL 8 OSP. MARINO - CA**  
**DIREZIONE SANITARIA**

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**  
Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127  
iscrizione Reg. R.E.A. n. CA-282643  
Tel. 3285911433 - 3929237133  
Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927

Spett. Azienda USL N. 8  
Via Piero della Francesca n°1  
09047 Selargius  
Cod.Fisc 02261430926

**G. BINAGHI**

*Allegati alla Fattura n° 27 XML del 31/07/2016*

*Cagliari 31/07/2016*

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI DAL P.O. BINAGHI VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO AL MESE DI LUGLIO 2016**  
CIG :

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

*Richiesta ambulanza come da Prot.1772/Ds del 25/07/2016 a disposizione del Nosocomio in indirizzo per trasferimento paziente dal reparto C.T.M.O. verso il reparto di radioterapia del P.O. San Francesco in località Nuoro e rientro, per il giorno 25/07/2016 dalle ore 07,30 alle ore 14,30 per il totale di n° 07 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad (1° viaggio con attesa per trattamento)* € 196,00  
*Percorsi n.360Km, al rimborso chilometrico pari a € 0,85 Km/cad.* € 306,00  
*Fornito 2° operatore pari fascia oraria al rimborso economico di € 10,00 ora/cad* € 70,00

*Richiesta ambulanza come da Prot.1828/Ds del 29/07/2016 a disposizione del Nosocomio in indirizzo per trasferimento paziente dal reparto C.T.M.O. verso il reparto di radioterapia del P.O. San Francesco in località Nuoro, per il giorno 28/07/2016 dalle ore 14,30 alle ore 19,30 per il totale di n° 05 ore, al contributo economico orario pari a € 28,00 cad (2° viaggio per ricovero)* € 140,00  
*Percorsi n.360Km, al rimborso chilometrico pari a € 0,85 Km/cad.* € 306,00  
*Fornito 2° operatore pari fascia oraria al rimborso economico di € 10,00 ora/cad* € 50,00

**TOTALE** € 1068,00

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate e/o commesse per l'autosostentimento dell'Associazione*

*importo esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 15*

*del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

*Esenzione dal bollo ai sensi dell'art. 10 e dell'art. 17 del D.L.vo 4.12.1997 N. 460*

*(O.N.L.U.S.).*

**Coordinate bancarie:**

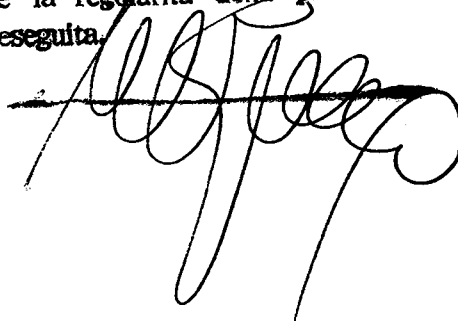
**Banco di Sardegna-filiale n.11**

**Dipendenza 0159 "Brotzu"**

**Conto Corrente n. 70061948**

**IBAN: IT63Q0101504807000070061948**

Si attesta la congruità dei prezzi  
e la regolarità della prestazione  
eseguita.



[www.paginegialle.it](http://www.paginegialle.it) Cagliari Emergenza - [cagliariemergenza@yahoo.it](mailto:cagliariemergenza@yahoo.it) - tel. 3285911433

**CAGLIARI EMERGENZA onlus**  
**Via Basilicata, 23 CAGLIARI 09127**  
**iscrizione Reg. R.E.A. n. CA-282643**  
**Tel. 3285911433 - 3929237133**  
**Cod. fisc. 02880840927 - P.I. 02880840927**

Spett. Azienda USL N. 8  
Via Piero della Francesca n°1  
09047 Selargius  
Cod.Fisc 02261430926  
**P.O. "HOSPICE"**

**Allegati alla Fattura n° 28 XML del 31/07/2016**

**Cagliari 31/07/2016**

**SERVIZIO DI SOCCORSO, TRASPORTO E/O TRASFERIMENTO DI MALATI e/o  
EMOCOMPONENTI DAL P.O HOSPICE VERSO ALTRE STRUTTURE DELLA ASL. RELATIVO  
AI MESI DI LUGLIO 2016 CIG :Z7E1AF755F**

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

*Richiesta ambulanza come da Reg.n.24/2016 del 12/07/2016 a disposizione del  
Nosocomio in indirizzo per Operazioni di trasporto paziente verso il P.O. Binaghi (CA) e  
rientro per il giorno 12/07/2016 dalle ore 09,00 alle ore 10,00 per il totale di n° 01 ora,  
al contributo economico orario pari a € 28,00 cad* € 28,00  
*Fornito 2° operatore pari fascia oraria al costo economico pari a €10,00 ora/cad* € 10,00

**TOTALE**

**€ 38,00**

*Rimborsi spese e compensi per Servizi di attività istituzionali convenzionate  
e/o connesse per l'autosostentimento dell'Associazione*

*importo esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 15  
del D.P.R. 633/1972 e succ. modificazioni*

*Esenzione dal bollo ai sensi dell'art. 10 e dell'art. 17 del D.L.vo 4.12.1997 N. 460  
(O.N.L.U.S.).*

**Coordinate bancarie:**

**Banco di Sardegna filiale n.11**  
**Dipendenza 0159 "Brotzu"**  
**Conto Corrente n. 70061948**  
**IBAN: IT63Q0101504807000070061948**