

D. me ledde
19/4/13
Pier

"Au.A"

Data 03/04/2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: BD 01 10 - TYPE

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

ASL8

PG/2013/ 0047329

del 17/04/2013 ore 13,28

Mittente: MARROSI MARIA GIOVANNA

Assegnatario: Assistenza Ospedaliera

Classifica: 2.4 Fascicolo: 7 del 2013



Fattura n° 449 del 12/03/2013	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 10	<input type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/> 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 prestatato 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	40%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	30%
Lorefice Lorena	19670	Assegnista Universitario	10	30%

Firma dello Sperimentatore M. Marrosu

Il Dirigente Medico del P.O. [Firma]

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

P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu
19/04/2013

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

Firma dello sperimentatore _____ Il Dirigente Medico del P.O. _____

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

P.O. "B. BINAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dott.ssa Maria Grazia Pinna
DIRETTORE MEDICO

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



http://www.aslcagliari.it

Email:

Tel: (+39)

Fax:

R.20/2013

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 449/42

del: 12/03/2013

Ufficio Emittente: UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(15013) BIOGEN IDEC ITALIA SRL (EX BIOGEN DOMPE SRL)

VIA SAN MARTINO, 12-12/A

20122 - MILANO

MI

P.IVA: 03663160962

P.IVA C.: IT03663160962

C.FIS.: 03663160962

Tipo di riscossione: RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione: STUDIO PROTOCOLLO BD 01 10 CONDOTTO DALLA PROF.SSA MARROSU PRESSO P.O. BINAGHI

SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 250,00	2 250,00	0,00	D21	21,00
		2 250,00	0,00				
		2 250,00	472,50	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%	