

Data 25/06/2020

ATS Sardegna

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: LEMTRADA PASS

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

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

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Eleonora Cocco

Fatture: n° 477 del 22/06/2020 n° 310 del 13/04/2018 <i>CIA' PAGATA</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input checked="" type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 21	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime ambulatoriale

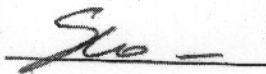
La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici 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 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
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	40	50%
Frau Jessica	702352	Dirigente medico ATS Sardegna	20	50%

Firma dello Sperimentatore



Il Dirigente Medico del P.O.



ATS Sardegna - ASL Cagliari
P.O. "R. BINAGHI"
DIREZIONE SANITARIA
Dot. Graziella Pinna
Matr. 51513


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 25/06/2020

Firma dello sperimentatore  Il Dirigente Medico del P.O.

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

ARS Sardegna - ASL Cagliari
P.O. "R. BINAGHI"
DIREZIONE SANITARIA
Dot.ssa Maria Graziella Pinna
MAY 51212

FATTURA

A_FTVP - 2018 - 310/107

del 13/04/2018

Ufficio UD_ASSL8-Ufficio Registrazione
Documenti ASSL8 Cagliari

CLIENTE

Spett.le

(945991) SANOFI S.P.A

VIALE BODIO, 37/B

20158 - MILANO

MI

P.IVA : 00832400154

P.IVA C.: IT00832400154

C.FIS. : 00832400154

Tipo di riscossione RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : ORDINE N. E000504706 e E000840871

PREFATTURA 8-A8_PF1 - 2018 - 94 del : 13/04/2018
Studio:OBS13434 LEMTRADA PASS. Sperimentatore Prof.ssa Eleonora Cocco - C.S.M P.O. Binaghi Cagliari

Codice	Descrizione	Prezzo	Importo	Contributo Enpa / Irap / Oneri	Cod.	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI numeri d'ordine E000504706 e E000840871	1,00	8 000,00	8 000,00	0,00	D22 22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV / ENPAP / IRAP /	SPESE BOLLO
8 000,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
8 000,00	1 760,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	8 000,00
TOTALE IMPOSTA	1 760,00
TOTALE EURO	9 760,00

NEL 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).

RELATIVO APPOGGIO BANCARIO C/O BANCA D'ITALIA
IBAN IT 56 S 01000 03245 522300306274

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Sassari - Prot. n. 12358 del 19/02/2001

SEDE LEGALE VIA MONTE GRAPPA, 82 (SASSARI) - SERVIZIO BILANCIO - ASSL CAGLIARI
Tel. 0706093845 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it
CCP N° 21780093
IBAN IT 76 A 01015 17203 000070624550 - BANCO DI SARDEGNA