

REGIONE ABRUZZO
COMITATO ETICO PER LA RICERCA BIOMEDICA
DELLE PROVINCE DI CHIETI E PESCARA

Sedi Operative : Via Dei Vestini 29/B – 66100 Chieti

Via Spaventa 37 – 66034 Lanciano

Tel. 0871- 35554060 – Fax 0871-3554061

<http://richieste.comitatoetico.unich.it>

<http://www.unich.it/ricerca/comitato-etico>

Indirizzo e.mail: comitatodietica@unich.it

Oneri di funzionamento del Comitato Etico

Tutte le tipologie di studi clinici no-profit	Gratuito
Sperimentazione clinica - Centro coordinatore (parere unico)	€ 4.600,00 (*)
Sperimentazione clinica - Centro satellite	€ 3.850,00 (*)
Studio clinico osservazionale - di coorte prospettico Centro coordinatore (parere unico)	€ 3.850,00 (*)
Studio clinico osservazionale di coorte prospettico – Centro satellite	€ 2.000,00 (*)
Studio clinico osservazionale di altro tipo – Centro coordinatore (parere unico)	€ 2.850,00 (*)
Studio clinico osservazionale di altro tipo – Centro satellite	€ 1.000,00 (*)
Sperimentazione clinica di dispositivo medico – Centro Coordinatore (parere unico)	€ 4.600,00 (*)
Sperimentazione clinica di dispositivo medico – Centro satellite	€ 3.850,00 (*)
Emendamento sostanziale ad uno studio – Centro coordinatore (parere unico)	€ 1.300,00 (*)
Emendamento sostanziale ad uno studio – Centro satellite	€ 1.100,00 (*)
Emendamento non sostanziale (presa d'atto)	€ 750,00 (*)
Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica (uso compassionevole)	Gratuito

(*) E' necessario aumentare l'importo da versare in misura fissa dell'imposta di bollo pari ad euro 2,00, trattandosi di documenti emessi fuori campo IVA e per importo superiore a 77,47 euro (Decreto Ministero Economia e Finanze del 24.05.2005).

Modalità di pagamento a carico del Promotore per l'attività del Comitato Etico

Bonifico Bancario sul c/c n. **549294**

BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA – CHIETI

ABI 05387

CAB 15500

CIN: W

INTESTATO A: **ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI**

Via Martiri Lancianesi 17/19 – 66100 CHIETI

Partita Iva: 02307130696

Coordinate Bancarie **IT80W053871550000000549294**

BIC (SWIFT CODE): **BPMOIT22XXX**

REGIONE ABRUZZO
COMITATO ETICO PER LA RICERCA BIOMEDICA
DELLE PROVINCE DI CHIETI E PESCARA

Sedi Operative : Via Dei Vestini 29/B – 66100 Chieti

Via Spaventa 37 – 66034 Lanciano

Tel. 0871- 35554060 – Fax 0871-3554061

<http://richieste.comitatoetico.unich.it>

<http://www.unich.it/ricerca/comitato-etico>

Indirizzo e.mail: comitatodietica@unich.it

Causale : oneri Comitato Etico, codice, versione e data del Protocollo/Emendamento presentato dal Promotore, nome del responsabile locale della sperimentazione nonché il codice username a suo tempo rilasciato

A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'AGENZIA DELLE ENTRATE CON RISOLUZIONE N. 117 DEL 31 MARZO 2008, L'IVA NON E' DOVUTA

Il rilascio della quietanza/fattura avverrà esclusivamente dietro formale richiesta da parte del Promotore, attraverso il modulo di seguito riportato che dovrà essere compilato a cura dello stesso Promotore all'atto del versamento degli oneri e trasmesso all'Ufficio ragioneria della ASL Lanciano-Vasto-Chieti (0872-706780) ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

segreteria.bilancio@asl2abruzzo.it
comitatodietica@unich.it

Eventuali ulteriori informazioni possono essere richieste alla segreteria tecnico-amministrativa del Comitato Etico Tel. 0871-3554060 Fax 0871-3554061 - 388 8093161 indirizzo

e.mail comitatodietica@unich.it

REGIONE ABRUZZO
COMITATO ETICO PER LA RICERCA BIOMEDICA
DELLE PROVINCE DI CHIETI E PESCARA

Sedi Operative : Via Dei Vestini 29/B – 66100 Chieti

Via Spaventa 37 – 66034 Lanciano

Tel. 0871- 35554060 – Fax 0871-3554061

http://richieste.comitatoetico.unich.it

http://www.unich.it/ricerca/comitato-etico

Indirizzo e.mail: comitatodietica@unich.it

MODELLO RICHIESTA FATTURA/RICEVUTA COMITATO ETICO
ONERI DI FUNZIONAMENTO

UOC Bilancio e Contabilità

Via Martiri Lancianesi 17/19

66100 CHIETI

Mail: **segreteria.bilancio@asl2abruzzo.it**

Titolo/Codice Sperimentazione:.....

Emendamento Sostanziale

Emendamento non Sostanziale

Responsabile Locale

Sperimentazione (PI) Dott/Prof.

RICHIESTA EMISSIONE FATTURA

SI

NO

RICHIESTA RICEVUTA

SI

NO

Il pagamento in parola è stato effettuato dalla seguente società:

1. RAGIONE
SOCIALE.....

2. PARTIVA
IVA/C.F.....

3. INDIRIZZO:.....

4. LOCALITA'.....

5. PAGATO
EURO.....DATA.....

La suddetta fattura/ricevuta deve essere inviata al seguente indirizzo o email:

.....

Data _____

Firma