|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Egregio Direttore GeneraleAzienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi Via Albertoni, 1540138 BolognaE p.c.Egregio Prof./Dott. ……………………. *(indicare nominativo dello Sperimentatore)* Unità Operativa di ……………………… *(indicare struttura di appartenenza dello Sperimentatore)*Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi Via Albertoni, 1540138 BolognaSpett.le Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro - AVECc/o Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi Via Albertoni, 1540138 Bologna |
|  | **Oggetto: Sperimentazione clinica protocollo: ……………………..****Codice EudraCT: ……………………..****Sperimentatore Principale: ……………………..** |

Con riferimento alla sperimentazione clinica di cui al protocollo ……………. e facendo seguito al parere del Comitato Etico Area Vasta Emilia Centro (CE AVEC) riunitosi in data ……………… dal quale si evince la necessità di rimborsare direttamente all’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico Sant’Orsola-Malpighi alcuni esami/prestazioni non routinari, con la presente Vi comunichiamo che saranno eseguiti gli esami di seguito indicati, sui pazienti che afferiranno all’Unità Operativa di ………………… - Dipartimento di …………………… dell’Università di Bologna.

Presso il Vostro centro è prevista l’inclusione nello studio di un numero minimo di n. ….. pazienti.

Gli esami previsti per ciascun paziente ed i relativi costi basati sul Nomenclatore Tariffario Regionale dell’Emilia Romagna sono i seguenti:

* esame ……………, costo per ciascun esame: euro ………
* esame……………, costo per ciascun esame: euro ………

A conclusione della sperimentazione sarà cura dello Sperimentatore Principale far pervenire all'Ufficio Ricerca ed Innovazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico Sant’Orsola-Malpighi una nota in cui vengono indicati quali e quanti esami/prestazioni non routinari sopra indicati sono stati eseguiti nel corso dello studio.

La nostra Società provvederà al pagamento delle prestazioni eseguite, che avverrà a seguito di regolare fattura che faccia riferimento alla sperimentazione clinica cui le attività svolte afferiscono, entro trenta (30) giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Per velocizzare le procedure di pagamento Vi preghiamo di inviare la fattura intestata a ………….. all’attenzione della Sig.ra …………………………………

L'imposta di bollo è assolta dalla nostra Società.

ll presente documento è assoggettato a registrazione solo in caso d’uso. Le spese di registrazione sono a carico esclusivo della parte che la richiede.

Società …………………

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dott.……………………………… | Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Per presa visione ed accettazione

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Policlinico Sant’Orsola-Malpighi

su delega del Direttore Generale e Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dr. Gianluigi Magri

Responsabile ad interim della S.C. Ricerca ed Innovazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof./Dott. ……………………

Sperimentatore