

Allegato B

Corrispettivo

La sperimentazione prevede l'arruolamento di pazienti che abbiano fornito regolare consenso informato scritto e liberamente prestato. I pazienti devono essere seguiti in aderenza al PROTOCOLLO (rispetto dei criteri di esclusione ed inclusione del PROTOCOLLO).

L'Ente avrà un compenso € 2.521,00 a paziente arruolato e potrà raggiungere un massimo di € 20.168,00 se verrà raggiunto il target 8 pazienti come previsto all'art 1.6.

L'ammontare sopra indicato si intenderà dovuto solo qualora la presa in carico del paziente sia effettiva e successiva alla firma del consenso informato e con evidenza in ecRF delle visite riportate nello schema seguente:

Schema delle visite e relativi costi

Visita D0 (arruolamento)	Euro 500,00
Visita alla week 6	Euro 200,00
Visita al mese 3	Euro 200,00
Visita al mese 6	Euro 200,00
Visita al mese 9	Euro 200,00
Visita al mese 12	Euro 200,00
Visita al mese 18	Euro 100,00
Visita al mese 24	Euro 100,00
Visita al mese 36	Euro 100,00
Visita al mese 48	Euro 100,00
Visita al mese 60	Euro 100,00
*Visita di fine del trattamento	Euro 521,00

*si considera come fine del trattamento: fine dello studio con follow up fino al mese 60, discontinuazione del paziente per ogni causa compresa la morte e il ritiro del consenso informato.

Tali somme saranno corrisposte all'ENTE, in base alle visite effettivamente eseguite, su base semestrale fino alla visita del mese 24, successivamente su base annuale fino alla visita del mese 60. La visita di fine trattamento verrà corrisposta all'uscita del paziente dallo studio osservazionale.



S.r.l. Unipersonale
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Bristol-Myers Squibb Company

Il compenso, maturato secondo i criteri di cui alla tabella sopra riportata, verrà **pagato** dietro presentazione di regolare fattura che sarà pagata entro 90 giorni fine mese data fattura.

Non vi sarà alcun contributo per violazione dei criteri di inclusione/esclusione.

Nel caso in cui vengano arruolati più di 8 pazienti, l'Ente avrà diritto ad un ulteriore compenso aggiuntivo in base allo schema dei costi sopra riportato.

- Gli importi dovuti dovranno essere fatturati come da seguenti indicazioni:

Intestazione fattura

Inoltro fattura: flavio.dellarocca@fullcro.org

Fullcro S.r.l.

Via Ignazio Guidi, 3

00147 Roma

Partita IVA e C.F.: 12073321007

Codice Univoco M5UXCR1

Dati Fatturazione ENTE:

BANCA: UNICREDIT spa

Indirizzo Banca: piazza Vittorio Emanuele II, n. 65

IBAN: IT 45 G 0200841342000105650999

SWIFT: UNICRITM1E68

Referenti fatturazione: direzione.generale@aslbat.it.

- Inoltre nella fattura dovrà essere indicato quanto segue:
- identificazione dello studio (CA209-1409) e nome dello SPERIMENTATORE/CENTRO SPERIMENTALE a cui il pagamento si riferisce;
- numero di conto corrente bancario e relativa intestazione, nome e indirizzo banca con relativi codici ABI, CAB, CIN e IBAN;
- numero di telefono e nominativo dell'ente responsabile della fatturazione.