

Palermo, 08/05/2024

Den. Amm. : A.R.N.A.S.
Cod. AOO : DIRAZI
N. Prot. : 0009648
Data Prot. : 08-05-2024 12:44:17
Tipo Reg. : Interno
Cod. Reg. : REG_INT_191217170702_I



Al Direttore Amministrativo

Al Direttore U.O.C. Provveditorato
Ing. Vincenzo Lo Medico

Al Direttore Area economico Finanziario
Dott.ssa Rosaria Di Fresco

Oggetto: Partecipazione Controllo Esterno di Qualità ISS

L'U.O.s.d. laboratorio specialistico Genetica Molecolare, per la valutazione esterna di qualità partecipa dal 2001 al Progetto Nazionale per la Standardizzazione e l'Assicurazione della Qualità dei Test Genetici organizzato dall'ISS.

Avendo ricevuto comunicazione dall'ISS tramite e-mail che l'iscrizione al XX Turno 2024 si chiuderà il prossimo 15 Giugno, al fine di evitare di essere esclusi per l'anno 2024, si chiede con la presente alle SSVV di voler dare mandato, affinché venga fatto bonifico che ci permetterà di partecipare come agli altri anni ai Controlli Qualità dell'ISS in Genetica Molecolare per la Fibrosi Cistica e per la Talassemia. Come da modulistica, che si allega in copia, necessita fare un bonifico di 600,00 euro, in particolare caso la tariffa stabilità è di 300,00 per patologia e di 2,00 come imposta di bollo.

Il Dirigente Biologo

Rosaria Di Fresco

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA
AVANZATA E SERVIZI
Sede Dipartimentale: Pad.8 II° Piano
Direttore Dr. Tommaso Aronica
Tommaso Aronica

Controllo Esterno di Qualità dei Test Genetici

CENTRO NAZIONALE
MALATTIE RARE

Iscrizione CEQ 2024

Tariffa 42.1 Genetica Molecolare

Schemi

Selezionare lo schema/i a cui si vuole partecipare

		Costo
Beta Talassemia	<input checked="" type="checkbox"/>	300 euro
Fibrosi Cistica	<input checked="" type="checkbox"/>	300 euro
X-Fragile Completo	<input type="checkbox"/>	300 euro
X-Fragile Prescreening	<input type="checkbox"/>	300 euro

*Imposta di Bollo 2,00 euro

Tariffa 42.2 Citogenetica

Schemi

Selezionare lo schema/i a cui si vuole partecipare

		Costo
Citogenetica Oncologica	<input type="checkbox"/>	200 euro
Citogenetica Postnatale	<input type="checkbox"/>	200 euro
Citogenetica Prenatale	<input type="checkbox"/>	200 euro

*Imposta di Bollo 2,00 euro

Tariffa 42.3 Genetica Molecolare Oncologica

Schemi

Selezionare lo schema/i a cui si vuole partecipare

		Costo
Poliposi Adenomatosa del Colon	<input type="checkbox"/>	200 euro
Sindrome di Lynch	<input type="checkbox"/>	200 euro
Tumore Ereditario della Mammella e dell'Ovaio	<input type="checkbox"/>	200 euro

*Imposta di Bollo 2,00 euro

*L'IMPOSTA DI BOLLO, PARI A 2,00 EURO, DEVE ESSERE PAGATA UNA SOLA VOLTA PER BONIFICO INDIPENDENTEMENTE DAL NUMERO DI SCHEMI A CUI IL LABORATORIO PARTECIPA

Dati del Responsabile del laboratorio(1) e del Referente per il CEQ(2)

1 - Nome e Cognome:

Telefono:

FAX:

e-mail:

2 - Nome e Cognome:

Telefono:

FAX:

e-mail:

Struttura/Dipartimento/Laboratorio/Servizio: *

Indirizzo: CAP:

Città:

Dati della Struttura

Referente amministrativo:

1 - Nome e Cognome:

Telefono:

FAX:

e-mail:

Indirizzo per la fatturazione: CAP:

Città:

Ragione sociale(es. Azienda/Laboratorio/Università,etc): Partita IVA o Codice Fiscale della Struttura:

leggi e accetta i criteri di esclusione e i criteri di valutazione:

Si dichiara di essere informati, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, circa il trattamento dei dati raccolti e in particolare che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di cui al presente documento

Caricamento Dati

DATI FISCALI dell'Istituto Superiore di Sanità

ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITA'
Viale Regina Elena, 299-00161 ROMA
CODICE FISCALE 80211730587
PARTITA IVA 03857731000

DATI BANCARI

Intesa San Paolo S.p.A. - FILIALE DI ROMA 14
Via Alessandria, 160A - 00196 Roma
IBAN CODICE: IT13K0308903219100000300001 Swift BCITITMM
Indicare come causale le sigle degli schemi a cui si partecipa
(es. CEQTG_lab4444_FC_CitoPre)

IMPORTANTE:

- E' obbligatorio compilare tutti i campi
- Le tariffe non sono soggette al pagamento dell'IVA in quanto tale attività è istituzionale e non commerciale (Gazzetta Ufficiale n.199 del 28.08.2008, tariffa punto 42.1, 42.2, 42.3)
- Non saranno registrate le pratiche pervenute senza bonifico allegato come indicato nel tariffario per i servizi resi a terzi
- Il laboratorio partecipante riceverà una mail di conferma della registrazione
- N.B. Se per motivi amministrativi c'è la necessità di una "RICHIESTA DI PAGAMENTO" potete contattare, presso l'amministrazione dell'Istituto Superiore di Sanità il Sig. Giovanni Coccia al numero 0649902497 o all'indirizzo di posta elettronica: giovanni.coccia@iss.it; serviziaterzi@iss.it

* Deve essere riportato il nome completo del laboratorio con l'indirizzo e tutte le diciture esatte. Esempio: Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Malattie Rare, Reparto Test genetici – Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma La completezza e correttezza dell'indirizzo è responsabilità del laboratorio. E' importante in particolar modo per gli schemi prospettici per la spedizione dei campioni!