



<u>LETTER OF INDEMNIFICATION</u>	<u>PROHLÁŠENÍ O ODŠKODNĚNÍ</u>
“████████████████████”	”████████████████████“
Protocol No. ████████████████████	Č. protokolu ████████████████████
<p>In relation to the study to be conducted pursuant to the Clinical Trial Agreement (“Agreement”) between Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, located at Šrobárova 1150/50, Postal code (PSC): 100 34, Praha 10, Czech Republic, IČ (company ID number): 00064173, DIČ (VAT no.): CZ00064173, represented by Doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MHA, director, reference no.: KH 56/2018, cost center: 52139, (“Institution”) and Pharmaceutical Research Associates CZ, s.r.o., located at Jankovcova 1569/2c, Post Code (PSC): 170 00, Praha 7m Czech Republic, IČ (company ID number): 27636852, the limited liability company duly registered in the Commercial Register of the Czech Republic maintained by the Municipal Court in Prague, Section C, Entry 120574, represented by Mgr. Miroslava Homolová, PhD., authorized by the executive on power of attorney (“PRA”) and with MUDr. Olga Černá as Principal Investigator, pursuant to the above Protocol, the signatories below agree as follows:</p>	<p>V souvislosti s klinickým hodnocením, které má být prováděno v souladu se smlouvou o klinickém hodnocení (dále jen „smlouva“) mezi Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady se sídlem Šrobárova 1150/50, PSČ: 100 34, Praha 10, Česká republika, IČ: 00064173, DIČ: CZ00064173, zastoupenou Doc. MUDr. Robertem Grillem, Ph.D., MHA, ředitelem, číslo jednací: KH 56/2018, nákladové středisko: 52139, (dále jen „Zdravotnické zařízení“) a společností Pharmaceutical Research Associates CZ, s.r.o., se sídlem Jankovcova 1569/2c, PSČ 170 00, Praha 7, Česká republika, IČ: 27636852, společností s ručením omezeným řádně zapsanou v Obchodním rejstříku České republiky vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 120574, zastoupenou Mgr. Miroslavou Homolovou, PhD. zmocněnou jednatelem na základě plné moci (dále jen „PRA“) a s MUDr. Olgou Černou jako hlavním zkoušejícím v souladu s výše uvedeným protokolem, se osoby podepsané níže dohodly následovně:</p>
<p>Kartos Therapeutics, Inc. located at 275 Shoreline Drive, Redwood City, CA 94065, USA (“Sponsor”) agrees to indemnify, defend and hold harmless Institution, its trustee, officers, staff, employees and agents (the “Institution Indemnitees”) against any liability, loss, damage, judgment and expense (including reasonable attorneys’ fees and expenses of litigation) (“Losses”) incurred by or imposed on the Institution Indemnitees or any one of them in connection with any claims, suits, actions, or demands made or instituted against Institution by an independent third party (each, a “Claim”) to the extent arising out of the administration of KRT-232</p>	<p>Společnost Kartos Therapeutics, Inc. se sídlem na adrese 275 Shoreline Drive, Redwood City, CA 94065, Spojené státy americké (dále jen „Zadavatel“) souhlasí s tím, že bude odškodňovat, obhajovat a zprostit odpovědnosti Zdravotnické zařízení, jeho správce, úředníky, zaměstnance a zástupce (dále jen „odškodňované osoby Zdravotnického zařízení“) v souvislosti s veškerými závazky, ztrátami, škodami, rozsudky a výdaji (včetně přiměřených nákladů na právní zastoupení a soudních výdajů) (dále jen „ztráty“) vzniklými nebo na odškodňované osoby Zdravotnického zařízení uvalenými v souvislosti</p>



<p>(the “Study Drug,”) or by a properly-performed Protocol-required procedure, except to the extent the Claim and associated Losses arise out or are related to proven (i) the negligence, gross negligence or willful misconduct of any Institution Indemnitee or (ii) the breach of the Agreement by any Institution Indemnitee or the failure of any Institution Indemnitee to adhere to the terms of the Agreement (including the Protocol) or other written instructions from the Sponsor or its designees or to comply with any applicable laws, rules, regulations or other governmental requirements. This indemnification is contingent on an Institution Indemnitee providing the Sponsor with prompt written notice of a Claim and full authority to defend against, and/or settle the Claim (provided, however that Sponsor shall not have any authority to enter into any settlement that materially adversely affects the Institution’s rights or obligations without the Institution’s prior written approval, such approval not to be unreasonably withheld, conditioned or delayed). Institution agrees to fully cooperate and aid in such defense. Institution understands that the sole liability of Sponsor to Institution or any Institution Indemnitee will be the indemnification described above.</p>	<p>s jakýmikoli nároky, soudními spory, žalobami nebo požadavky vznesenými nebo zahájenými vůči Zdravotnickému zařízení nezávislou třetí stranou (dále každý samostatně jen „nárok“) v důsledku podání přípravku KRT-232 (dále jen „hodnocený přípravek“) nebo správně provedeného protokolem vyžadovaného postupu, s výjimkou situací, kdy nárok a související ztráty vzniknou nebo souvisejí s prokázaným (i) opomenutím, hrubou nedbalostí nebo úmyslným jednáním odškodňované osoby Zdravotnického zařízení nebo (ii) porušením smlouvy odškodňovanou osobou Zdravotnického zařízení, příp. jejím nedodržením podmínek smlouvy (včetně protokolu) nebo jiných písemných pokynů Zadavatele nebo jeho pověřených osob, příp. nedodržením platných zákonů, předpisů, nařízení nebo jiných vládních požadavků. Toto odškodnění bude záviset na tom, zda odškodňovaná osoba Zdravotnického zařízení Zadavateli bez prodlení předá písemné oznámení o nároku a plnou moc k obhajobě před ním a/nebo urovnání nároku (pokud však Zadavatel nebude mít plnou moc zahájit řízení o urovnání, které by závažným způsobem negativně ovlivnilo práva či závazky Zdravotnického zařízení bez jeho předchozího písemného souhlasu; tento souhlas nesmí být bezdůvodně odprán, podmiňován či odkládán). Zdravotnické zařízení souhlasí s tím, že bude v plné míře spolupracovat a poskytne při této obhajobě součinnost. Zdravotnické zařízení je srozuměno, že výhradní odpovědností Zadavatele vůči Zdravotnickému zařízení nebo jakékoli odškodňované osobě Zdravotnického zařízení bude odškodnění popsané výše.</p>
<p>The Institution agrees to indemnify the Sponsor, its directors, officers, staff, employees and agents (the “Sponsor Indemnitees”) against any Claims and all associated Losses arising out of proven (i) the negligence, gross negligence or willful misconduct of any Institution Indemnitee or (ii) the breach of the Agreement by any Institution Indemnitee or the failure of any Institution Indemnitee to adhere to the terms of the Agreement (including the Protocol) or other written instructions from the Sponsor or its designees or to comply with any applicable laws, rules or regulations or other governmental requirements. This indemnification is contingent on a Sponsor Indemnitee providing Institution with</p>	<p>Zdravotnické zařízení souhlasí s tím, že odškodní Zadavatele, jeho ředitele, úředníky, zaměstnance a zástupce (dále jako „odškodňované osoby zadavatele“) vůči veškerým nárokům a všem souvisejícím ztrátám vzniklým v důsledku prokázaného(i) opomenutí, hrubé nedbalosti nebo úmyslného jednání odškodňované osoby Zdravotnického zařízení nebo (ii) porušení smlouvy odškodňovanou osobou Zdravotnického zařízení, příp. jejího nedodržení podmínek smlouvy (včetně protokolu) nebo jiných písemných pokynů Zadavatele nebo jeho pověřených osob, příp. nedodržení platných zákonů, předpisů, nařízení nebo jiných vládních požadavků. Toto odškodnění</p>



<p>prompt written notice of a Claim and full authority to defend against, and/or settle the Claim (provided, however that Institution shall not have any authority to enter into any settlement that materially adversely affects Sponsor's rights or obligations or requires Sponsor to pay any amounts without Sponsor's prior written approval, such approval not to be unreasonably withheld, conditioned or delayed).</p>	<p>bude záviset na tom, zda odškodňovaná osoba Zadavatele Zdravotnickému zařízení bez prodlení předá písemné oznámení o nároku a plnou moc k obhajobě před ním a/nebo urovnání nároku (pokud však Zdravotnické zařízení nebude mít plnou moc zahájit řízení o urovnání, které by závažným způsobem negativně ovlivnilo práva či závazky Zadavatele bez jeho předchozího písemného souhlasu; tento souhlas nesmí být nerozumně odpírán, podmiňován či odkládán).</p>
<p>Sponsor shall reimburse a Study subject or the provider of medical care for reasonable and necessary medical expenses incurred for acute medical care, including diagnosis and hospitalization, in the treatment of adverse reactions arising directly from administration of the Study Drug, provided that the Study Drug was administered in accordance with the Agreement, the Protocol and all applicable laws, regulations, and IRB procedures. Reimbursement will be made only for those costs that are not incurred for the diagnosis and/or treatment of the normal progression of the Study subject's disease or any underlying pre-existing medical condition.</p>	<p>Zadavatel proplatí subjektu hodnocení nebo poskytovateli zdravotní péče přiměřené a nezbytné lékařské výdaje vzniklé při akutní lékařské péči, včetně stanovení diagnózy a hospitalizace, při léčbě nežádoucích reakcí vzniklých přímo v důsledku podání hodnoceného přípravku, pokud byl hodnocený přípravek podán v souladu se smlouvou, protokolem a všemi platnými zákony, nařízeními a postupy IRB. Budou proplaceny pouze ty náklady, které nevznikly v důsledku stanovení diagnózy a/nebo léčby běžného postupu nemoci subjektu hodnocení nebo jiného základního předem existujícího zdravotního stavu.</p>
<p>Sponsor hereby confirms that PRA was and continues to be as of the date of the Agreement, duly authorized by Sponsor to negotiate and sign the Agreement.</p>	<p>Zadavatel tímto potvrzuje, že PRA byla a i nadále bude k datu smlouvy řádně oprávněna Zadavatelem k vyjednávání o smlouvě a jejímu podpisu.</p>
<p>Sponsor will, at its own expense, procure and maintain insurance coverage in amounts adequate to cover its obligations hereunder. A Certificate of Insurance will be provided to Institution upon request.</p>	<p>Zadavatel na své vlastní náklady zajistí a bude udržovat pojistné krytí v částkách odpovídajících krytí jeho závazků podle tohoto dokumentu. Na žádost předloží Zdravotnickému zařízení doklad o pojištění.</p>
KARTOS THERAPEUTICS, INC.	KARTOS THERAPEUTICS, INC.



By: _____	Podepsal/a: _____
Authorized Signature	Podpis oprávněné osoby
Name: _____	Jméno: _____
Title: _____	Funkce: _____
Date: _____	Datum: _____
INVESTIGATOR	ZKOUŠEJÍCÍ
By: _____	Podpis: _____
Name: MUDr. Olga Černá	Jméno: MUDr. Olga Černá
Title: Investigator	Funkce: Zkoušející
Date: _____	Datum: _____
INSTITUTION	ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ
By: _____	Podepsal/a: _____
Authorized Signature	Podpis oprávněné osoby
Name: Doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MHA	Jméno: Doc. MUDr. Robert Grill, Ph.D., MHA
Title: Director	Funkce: Ředitel
Date: _____	Datum: _____