

1. doplnit smlouvu následovně:

1. to update the Agreement with the following:

Tabulka plateb níže bude doplněna do přílohy č. 1 smlouvy – rozpisu plateb:

Table of payments below shall be added to the Appendix no. 1 of the Agreement – Payment Schedule:

Popis Návštěv / Visit Description	Platby za jeden subjekt hodnocení v Kč / Amount per subject per visit in CZK
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
CELKEM ZA SUBJEKT HODNOCENÍ – odhadem / estimated TOTAL PER SUBJECT	CZK 48,396.00

2. Dodatek 2 se podpisem smluvních stran stane součástí smlouvy a veškeré odkazy na smlouvu budou znamenat odkaz na smlouvu včetně dodatku 2.
2. Upon execution, this Amendment 2 shall be made a part of the Agreement and shall be incorporated by reference therein.
3. Všechna ostatní ustanovení a podmínky smlouvy zůstávají v plné platnosti a účinnosti. V případě jakéhokoli rozporu mezi ustanoveními smlouvy a tohoto dodatku 2 budou rozhodující a řídicí ustanovení tohoto dodatku 2.
3. All other terms and conditions of the Agreement shall remain in full force and effect. In the event of any conflict between the terms of the Agreement and this Amendment 2, the terms of this Amendment 2 shall govern and control.
4. Veškerá použitá terminologie, která není blíže definována v tomto dodatku 2 bude mít stejný význam jako je uvedeno ve smlouvě.
4. All capitalized terms used, but not otherwise defined herein, shall have the meanings ascribed to them in the Agreement.
5. Smluvní strany souhlasí s uveřejněním dodatku 2 poskytovatelem za účelem splnění povinností uložených mu platnou a účinnou právní úpravou, a to zejména zákonem č. 340/2015 Sb., o registru smluv, ve znění pozdějších předpisů, a dále pokyny a rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky.
5. Parties agree that Medical Facility shall publish Amendment 2 in order to fulfill obligation imposed by applicable law, especially Act no.340/2015 Coll., on contract registry, as amended and guidelines and decisions of Ministry of Health of Czech Republic.
6. PPD bere na vědomí, že poskytovatel jakožto státní příspěvková organizace, je povinna na dotaz třetí osoby poskytnout informace podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů.
6. PPD undertakes that Medical Facility as a state funded organization is obliged to, on third party request, provide information in accordance with Act no.106/1999 Coll., on free access to information, as amended.
7. Smluvní strany souhlasí s uveřejněním tohoto dodatku v plném znění, všech jeho náležitostí vč. příloh, které jsou její nedílnou součástí v registru smluv. Nicméně obě strany prohlašují, že znění Protokolu, rozhodnutí Státního úřadu pro kontrolu léčiv ze dne xxxx, schválení etické komise ze dne xxxx, certifikát pojištění a zplnomocnění zadavatele pro PPD považují za obchodní tajemství ve smyslu ust. § 504 zák. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
7. Parties agree with publication of this Amendment in its full extent, including its all terms and all appendixes that are its integral part in contract registry. However, Parties declare that Protocol, decision of State Institute for the drug control dated xxxx, Ethics committee approval dated xxxx Insurance Certificate and PoA from Sponsor to PPD are considered trade secret in accordance with para 504 of Act no 89/2013 Civil Code.
8. Tento dodatek se stává platným dnem podpisu oběma smluvními stranami a účinnosti nabývá dnem uveřejnění v registru smluv.
8. This amendment becomes valid the date of the signatures of the Parties and effective from the date of its publication of contract registry.

NA DŮKAZ SOUHLASU se zněním dodatku 2 připojují smluvní strany své podpisy níže.

IN WITNESS OF THEIR CONSENT to this Amendment 2, the Parties have signed below.

PPD Czech Republic, s.r.o.:

Podpis / By: _____

Jméno / Name: _____

Datum/Date: _____

Poskytovatel/ Medical Facility: Fakultní nemocnice v Motole

Podpis / By: _____

Jméno / Name: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Datum/Date: _____

PRO UZNÁNÍ A PŘIJETÍ / ACKNOWLEDGEMENT

Podpis / By: _____

Jméno / Name: xxxx

Datum/Date: _____